COLLANA DEL DIPARTIMENTO DI STUDI STORICI
UNIVERSITÀ DI TORINO

1

Davide Lasagno

Oltre l'Istituzione

Crisi e riforma dell'assistenza psichiatrica a Torino e in Italia

Ledizioni

Indice

Davide Lasagno

Oltre l'Istituzione

Crisi e riforma dell'assistenza psichiatrica a Torino e in Italia

Introduzione

Verso la metà degli anni Settanta il panorama della ricerca storica sulla psichiatria italiana era ancora piuttosto povero. I primi a occuparsi della questione erano stati i medici alienisti di fine Ottocento e d'inizio Novecento, con contributi dai toni assai spesso encomiastici, celebrativi, dedicati perlopiù alla commemorazione di maestri defunti, di supposti pionieri e precursori o alla ricostruzione delle vicende passate di singole istituzioni manicomiali. A posteriori la produzione storiografica di quel periodo – ma dati i limiti dei lavori cui si sta facendo riferimento una tale espressione va presa con le dovute cautele – appare nettamente strumentale alle esigenze di autoaffermazione professionale della classe medica del tempo. Si spiega soprattutto così il suo ripetuto insistere su eccezionali quanto discutibili successi terapeutici, quasi che la costruzione di un'immagine vincente della giovane freniatria italiana potesse non solo gettare le premesse per una maggiore credibilità scientifica della disciplina ma anche aiutare i medici ad ottenere quel riconoscimento sociale e politico che essi andavano ostinatamente cercando. Gli anni del fascismo e del secondo dopoguerra non avevano poi offerto novità di rilievo. Da segnalare, oltre ad una messe di scritti "minori", molti dei quali consacrati all'impresa di italianizzare le origini della psichiatria, è *La psiche ed i nervi* di Carlo Ferrio, una sorta di rassegna delle varie correnti di pensiero succedutesi a partire dall'epoca greco-romana, più ambiziosa delle opere precedenti sul piano storiografico ma ancora legata a schemi evoluzionistici[1].

Al di fuori dei confini nazionali la situazione era senz'altro un po' meno bloccata. Il mercato editoriale americano poteva ad esempio vantare un certo numero di monografie, tra cui *Men Against Madness*, di Lowell Selling, *From Medicine Man to Freud* di Jan Ehrenwald, *Man above humanity* e *The mind of Man*, scritte entrambe da Walter Bromberg, o an-

[1] Cfr. P. Guarnieri, *La storia della psichiatria in Italia*, Olschki Editore, Firenze 1991, pp. 9-19.

cora la *History of Medical Psychology* di Gregory Zilboorg[2], l'unico testo ad essere poi tradotto in italiano, nel 1961, a distanza di vent'anni esatti dall'uscita dell'edizione originale. Nell'insieme si trattava di una letteratura ancora di stampo agiografico, orientata però ad esaltare il presente ben più del passato e nella quale si esprimeva una visione rigidamente lineare dello sviluppo scientifico. Al riguardo si consideri quanto scriveva nel 1967 il medico inglese Sir Aubrey Lewis: «dopo le torture e gli omicidi del Medioevo e del Rinascimento, quando la pazzia era confusa con la possessione demoniaca e [...] vecchie donne dementi e farneticanti erano credute streghe, ci furono la crudeltà e la degradazione degli ospedali [...] del diciassettesimo e del diciottesimo secolo, in cui l'autorità faceva uso di catene e di ferri come strumenti di contenzione. Sforzi umanitari posero fine a questi abusi. Pinel in Francia, Chiarugi in Italia, Tuke in Inghilterra inaugurarono un'era di gentilezza e di attenzione medica che preparò la strada per un trattamento umano e razionale della malattia psichica. Nel diciannovesimo secolo la patologia mentale fu investigata, le sue forme cliniche descritte e classificate [...]. Nel ventesimo secolo si sono verificati cambiamenti rivoluzionari nei metodi fisici di cura e gli ospedali psichiatrici sono stati liberalizzati»[3].

Mantenendo sempre lo sguardo oltreconfine un discorso a parte merita poi la *Histoire de la Folie à l'*âge *classique* di Michel Foucault. Il libro, pubblicato nel 1961, impose infatti una rottura radicale con i canoni storiografici dominanti, superando il vecchio internalismo medico e ponendo per la prima volta l'accento sugli atteggiamenti culturali, sociali e politici nei confronti della follia nonché sulle pratiche istituzionali ad essi connesse. In un viaggio affascinante dal tardo Medioevo fino alla Rivoluzione francese, Foucault indagava le motivazioni che avevano portato, a partire dal XVI secolo, al «grande internamento» dei folli, dapprima in strutture ibride, deputate ad accogliere – e a «punire» – ogni possibile manifestazione della «sragione», dal libertinaggio all'eresia fino all'omosessualità, e quindi in istituzioni a loro specificamente dedicate, i manicomi moderni. In quella prospettiva il passaggio a forme di segregazione per ragioni curative – realizzatosi tra Sette e Ottocento – non assumeva però alcuna valenza emancipatoria. «Il folle "liberato" da Pinel e, dopo di lui, il folle dell'internamento moderno» erano anzi «personaggi sotto processo»: «se hanno il privilegio di non essere più mischiati o assimilati ai condannati – scriveva Foucault –

[2] L. S. Selling, *Men Against Madness*, Greenberg, New York 1940; J. Ehrenwald, *From Medicine Man to Freud: a History of Psychotherapy*, Dell, New York 1957; W. Bromberg, *Man Above Humanity: a History of Psychotherapy*, Lippincott, Philadelphia 1954; G. Zilboorg, *A History of medical psychology*, Norton, New York 1941; W. Bromberg, *The Mind of Men: The Story of Man's Conquest of Mental Illness*, Harper, New York 1937.

[3] A. Lewis, *The State of Psychiatry*, Routledge & Kegan Paul, London 1967, p. 3, citato in M. Micale, R. Porter, *Discovering the History of Psychiatry*, Oxford University Press, Oxford 1994, p. 6.

sono però condannati ad essere a ogni istante sottoposti a un atto di accusa, il cui testo non è mai mostrato. [...]. L'asilo dell'età positivista, come si fa gloria a Pinel di averlo fondato, non è un libero campo di osservazione, di diagnosi e di terapeutica: è uno spazio giudiziario»[4].

Come si diceva più sopra, in Italia ancora a metà anni Settanta gli studi storici sulla psichiatria erano fermi al volume di Ferrio del 1948. Nel frattempo il quadro assistenziale aveva però fatto registrare cambiamenti notevoli: basti pensare alle sperimentazioni settoriali di Varese e Padova, alla comunità terapeutica di Gorizia, sorta attorno al 1963 sotto la guida di Franco Basaglia, e soprattutto alle varie esperienze di superamento del manicomio che erano andate sviluppandosi a partire grosso modo dal 1969-70, molto spesso proprio su impulso di ex componenti del gruppo goriziano. Non c'è dunque da stupirsi che in una situazione di generale rinnovamento delle pratiche ospedaliere e delle culture mediche consolidate emergesse a poco a poco anche il bisogno di una storiografia riformata tanto nei metodi quanto nei contenuti, capace di lasciarsi alle spalle ogni intento celebrativo e di rapportarsi con sguardo critico al suo oggetto di studio[5]. Da tali premesse scaturivano ad esempio gli *Appunti per una storia della psichiatria in Italia* di Ferruccio Giacanelli, pubblicati nel 1975, nei quali il costituirsi della psichiatria italiana era interpretato, sulla scia dell'analisi proposta da Klaus Dörner per la Germania, la Gran Bretagna e la Francia[6], come «una delle risposte» fornite dalla «classe egemone ai «problemi sociali». L'idea di fondo era cioè che la scienza psichiatrica e il suo apparato istituzionale avessero operato come strumenti di controllo al servizio del «potere costituito». In questa chiave la legge giolittiana sui manicomi e sugli alienati, approvata nel 1904, veniva a rappresentare uno snodo decisivo: a quel punto – suggeriva infatti Giacanelli – la psichiatria aveva ormai raggiunto «il suo riconoscimento ufficiale [...] nel quadro delle strutture dello Stato» e si era «definitivamente consolidata con l'edificazione pressoché completa della rete delle istituzioni di ricovero destinate alla cura e alla custodia dei pazzi»[7].

Dell'approccio di Dörner si ritrova poi traccia in gran parte della produzione storiografica successiva. È il caso ad esempio de *L'ordre psychiatrique*, libro in cui Robert Castel, già noto in Italia per *Le psychanalysme*, edito da Einaudi nel 1975, andava alle origini della medicina mentale

[4] M. Foucault, *Storia della Follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano 1999, p. 431.

[5] Un primo invito in tal senso era stato formulato già nel 1967. In merito si veda G. Jervis, L. Schittar, *Storia e politica in psichiatria: alcune proposte di studio*, in F. Basaglia (a cura di), *Che cos'*è la psichiatria, Einaudi, Torino 1973.

[6] K. Dörner, *Il Borghese e il Folle. Storia sociale della psichiatria*, Laterza, Roma - Bari 1975.

[7] F. Giacanelli, *Appunti per una storia della psichiatria in Italia*, p. XVIII, in K. Dörner, *Il Borghese e il Folle* cit.

francese, mettendone in risalto il ruolo di «scienza politica»[8]. Ma anche dei moltissimi lavori italiani che videro la luce a cavallo tra gli anni Settanta e Ottanta e nei quali si avverte quasi sempre la tendenza a porre in secondo piano la dimensione medica della psichiatria, per centrare invece il discorso sulle sue funzioni «amministrative» – tanto per riprendere un termine caro a Castel – di controllo e gestione della devianza, in special modo della devianza povera o "improduttiva". Anche se il pericolo di semplificazioni eccessive o di un appiattimento generale su temi e schemi di derivazione sociologica – e talvolta di chiara ispirazione antipsichiatrica – era sentito già allora. Sulla questione si consideri quanto faceva notare Francesco De Peri nel suo saggio su *Istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico tra Otto e Novecento*, scritto per il settimo volume degli *Annali* della *Storia d'Italia* di Einaudi: «la storiografia più recente ha [...] stabilito stretti rapporti tra sviluppo dell'istituzione manicomiale e scelte di politica sociale elaborate dai governi nel tentativo di dominare la crisi imposta al paese [...] dalla massiccia trasformazione capitalistica dell'economia. Tuttavia una connessione troppo lineare con [la] strategia politica di mantenimento dell'ordine pubblico non può non limitare la comprensione della complessità qualitativa del fenomeno»[9].

Al di là dei rischi cui si è accennato, è stata quella una ricca stagione di ricerche per quel che concerne il numero degli studi realizzati. Una stagione, inoltre, che ha visto crescere l'interesse per la storia della psichiatria anche tra gli storici, non solo di provenienza accademica. Né sono mancate «collaborazioni miste», come quella tra Alberto De Bernardi (storico) e Francesco De Peri (medico), autori assieme a Laura Panzeri di un'indagine su "manicomio, psichiatria e classi subalterne" a Milano[10]. All'ospedale psichiatrico sono poi stati dedicati svariati articoli e saggi, frutto assai sovente di progetti di ricerca finanziati dalle amministrazioni provinciali, oltre ad un lavoro di carattere monografico, *La Storia del Manicomio dall'Unità ad oggi*, in cui il giudice Romano Canosa tratteggiava – con stile cronachistico – l'evoluzione del sistema manicomiale italiano dalla seconda metà dell'Ottocento in avanti. Ne risultava un quadro privo di sfumature, nel quale le uniche innovazioni degne di nota parevano essere quelle introdotte dagli esponenti del «dissenso psichiatrico» – Basaglia e la sua équipe – negli anni Sessanta e Settanta. Per il resto il libro si limitava a ribadire meccanicamente e con un impianto "a tesi" l'idea del manicomio come dispositivo disciplinare deputato alla tutela dell'ordine pubblico.

[8] R. Castel, *L'ordine psichiatrico. L'epoca d'oro dell'alienismo*, Feltrinelli, Milano 1980.

[9] F. De Peri, *Il medico e il folle*, in *Storia d'Italia*, *Annali 7, Malattia e Medicina*, Einaudi, Torino 1984, p. 1.129.

[10] A. De Bernardi, F. De Peri, L. Panzeri*, Tempo e catene. Manicomio, psichiatria e classi subalterne: il caso milanese,* Franco Angeli, Milano 1980.

Quanto allo scenario attuale, va segnalata, conclusasi ormai una lunga fase di relativo silenzio, una timida ripresa degli studi, che in qualche caso hanno cercato di prendere le distanze dalle interpretazioni di matrice foucoltiana[11] o dalle vecchie letture «segregazioniste» dell'istituzione manicomiale, anche attraverso l'impiego di fonti – come le cartelle cliniche – prima assai meno utilizzate[12]. Molto resta tuttavia da indagare, specialmente per quanto riguarda il secondo dopoguerra, periodo segnato non solo dal crollo irreversibile del sistema manicomiale pubblico ma anche da una trasformazione radicale degli interventi assistenziali rivolti alle persone affette da minorazioni, psichiche, fisiche e sensoriali. Mi riferisco tra l'altro alla crisi delle classi differenziali e speciali, degli istituti psicopedagogici, degli istituti d'istruzione per ciechi e per sordi e più in generale di tutte le pratiche tendenti alla "separazione" tra individui sani e malati, tra "normali" e "subnormali". La mia ricerca si orienta appunto all'analisi di quel grande cambiamento, delle sue conseguenze, delle ragioni culturali, sociali e politiche che lo hanno determinato, dei tempi e delle modalità con cui esso è avvenuto. L'indagine si concentra su un caso specifico – quello della psichiatria torinese tra gli anni Sessanta e Ottanta – ma non mancano incursioni in territori diversi – il mondo della scuola ad esempio – e in questioni e tematiche di più ampio respiro. Restringere il campo d'osservazione a una realtà particolare consente d'altro canto di affrontare nel concreto il dispiegarsi di quelle trasformazioni, scongiurando il rischio di discorsi troppo vaghi o generici. Senza dimenticare infine che l'implosione del manicomio ha avuto caratteristiche peculiari nei vari contesti locali in cui si è verificata, così come linee e tendenze diverse ha poi seguito il processo di costruzione di un'alternativa al vecchio modello assistenziale[13].

La prima parte del libro si rivolge allo studio dell'apparato manicomiale cittadino – il più imponente d'Italia per dimensioni e numero di ricoverati – negli anni Sessanta, relativamente alla sua organizzazione interna, tanto sul piano amministrativo quanto su quello sanitario, e ai suoi rapporti con il Centro di igiene mentale, un ente con compiti preventivi e profilattici nel campo delle malattie mentali, istituito dalla Provincia nel 1958. Lo sguardo si apre poi su alcune questioni di rilevanza nazionale, senz'altro utili per articolare meglio il discorso su Torino: tre paragrafi sono così dedicati, rispettivamente, al dibattito italiano sulla psichiatria di settore – un modello assistenziale nato in Francia e che dalla fine del

[11] Cfr. ad esempio L. Roscioni, *Il governo della follia: ospedali, medici e pazzi nell'età moderna*, Mondadori, Milano 2003.

[12] Cfr. M. Tornabene, *La guerra dei matti. Il manicomio di Racconigi tra fascismo e Liberazione*, Araba Fenice, Boves 2007.

[13] Sul superamento del manicomio ferrarese negli anni Settanta si può vedere A. Slavich, *La scopa meravigliante*, Editori Riuniti, Roma 2003.

1969 sarebbe stato applicato, con alterni risultati, anche nel capoluogo piemontese – agli sviluppi della comunità terapeutica di Gorizia e, infine, alla legge Mariotti del 1968, che pur lasciando sostanzialmente invariato l'ordinamento giolittiano di inizio secolo ne attutiva almeno in parte l'impianto poliziesco, introducendo la possibilità del ricovero volontario e abolendo l'obbligo di iscrizione al casellario giudiziale per i provvedimenti di internamento in manicomio.

La seconda parte della ricerca ricostruisce, quasi esclusivamente sulla base di materiali d'archivio, gli episodi più significativi della contestazione antimanicomiale, a partire dal Convegno di Architettura, svoltosi nel dicembre del 1968 su iniziativa dell'Associazione per la lotta contro le malattie mentali (ALMM), per arrivare sino alla costituzione, nell'ottobre del 1969, della Commissione di Tutela dei diritti dei ricoverati, avvenuta anch'essa su impulso della ALMM. Il racconto aspira a far risaltare la complessità di quelle vicende mettendo in luce il ruolo giocato dai vari soggetti in esse coinvolti: innanzitutto la Provincia e l'Opera pia – ente deputato alla gestione degli ospedali psichiatrici – ma poi anche i medici, gli infermieri, le associazioni, il movimento studentesco e, per quanto possibile, i malati e le loro famiglie. A questo si aggiunge una disamina degli effetti iniziali della riforma predisposta dalla Provincia e dall'amministrazione ospedaliera in risposta alla crisi in atto. Una riforma direttamente ispirata ai principi della politica di settore francese, attuata, sia pure in forma sperimentale, a partire dai primi mesi del 1970 e destinata col passare del tempo a far mutare profondamente la fisionomia dell'assistenza psichiatrica cittadina. Basti pensare tra l'altro al graduale riassetto degli ospedali su basi "geografiche" e alla creazione di strutture ambulatoriali esterne ai manicomi, con funzioni profilattico-riabilitative e articolate in "servizi di zona", moduli organizzativi prefiguranti le future Unità sanitarie locali. Non mancano infine alcune considerazioni, svolte a partire da esempi concreti e con riferimento a leggi, regolamenti e consuetudini manicomiali, sulle ragioni dell'atteggiamento di sostanziale chiusura adottato dagli infermieri e dalle relative componenti sindacali di categoria nei confronti del rinnovamento delle pratiche ospedaliere.

Esauritasi la forte spinta dal basso che aveva contribuito a destabilizzare l'ordinamento manicomiale costituito, prese avvio, al principio del 1971, una fase di progressiva normalizzazione, gestita dalla Provincia e dall'Opera pia e caratterizzata da un lento ma inesorabile spostamento del baricentro assistenziale sul territorio. Alle varie tappe di quel processo è appunto riservata la terza parte del libro. Ma non solo. Gli orizzonti si allargano infatti al di là del campo sanitario-ospedaliero e della dimensione locale per studiare l'apogeo e il successivo declino delle classi differenziali e in parte delle scuole speciali per "minorati" psichici tra gli anni Sessanta e Settanta. Il che può aiutare da un lato

a ricavare un'immagine d'insieme delle trasformazioni dell'assistenza psichiatrica italiana del periodo e dall'altro lato a preparare il terreno all'analisi della crisi del Centro d'igiene mentale, che tra le sue attività principali – è bene ricordarlo – aveva avuto proprio quella di individuare, previo opportuni accertamenti diagnostici, i bambini da avviare a scolarità differenziale e speciale. La terza parte si conclude infine con una "breve cronistoria della riforma psichiatrica", che si propone lo scopo di fare chiarezza sull'iter parlamentare della cosiddetta legge Basaglia del maggio 1978, a proposito del quale circolano ancora oggi versioni perlopiù parziali e spesso contrastanti. In quella prospettiva è possibile altresì riflettere sui rapporti tra partiti politici e organizzazioni psichiatriche nazionali, AMOPI (Associazione medici organizzazioni psichiatriche italiane) e Psichiatria democratica in primo luogo.

Nella quarta parte s'indaga sulle modalità applicative della riforma psichiatrica nella provincia di Torino, sia all'interno degli ospedali sia sul territorio. Ne scaturisce un quadro – si vedrà – a tinte forti, segnato dal continuo acutizzarsi dello scontro politico, da interminabili polemiche sul destino dei dimessi dai manicomi, dall'emergere sulla scena cittadina e nazionale di un associazionismo familiare ostile alla nuova legislazione. Un quadro in cui spiccano però anche gli sforzi sinceri del volontariato, degli organismi religiosi e degli operatori del settore, tutti impegnati nella non facile impresa di realizzare un'alternativa concreta alla psichiatria asilare. Il racconto termina poi con l'approvazione, nel 1989, della legge regionale n. 61, "Disposizioni per l'assistenza ai malati di mente e per la riorganizzazione dei servizi psichiatrici", che nel determinare un deciso cambiamento d'indirizzo nella politica assistenziale della Regione Piemonte chiudeva anche la fase forse più travagliata nella storia della psichiatria torinese.

La quinta e ultima parte del libro presenta i risultati di un'indagine bibliografica sul rinnovamento psichiatrico italiano tra gli anni Sessanta e Settanta. L'impianto narrativo del discorso vorrebbe far risaltare il carattere militante di quella pubblicistica, offrendo nel contempo qualche utile notazione storica su altre esperienze locali di superamento manicomiale.

Le fonti utilizzate in questo lavoro sono molteplici e di diversa natura. Per la storia dei manicomi di Torino dall'Ottocento alla prima metà del ventesimo secolo ho potuto valermi degli studi di Massimo Moraglio, Silvano Montaldo e Marco Gillio[14]. Dall'Archivio generale della Provin-

[14] M. Moraglio, *Costruire il Manicomio: storia dell'ospedale psichiatrico di Grugliasco*, Edizioni Unicopli, Milano 2002; S. Montaldo, *Manicomio e psichiatria nel Regno di Sardegna (1820-1850)* e M. Gillio, *Il manicomio di Collegno dall'apertura sino alla Prima guerra mondiale (1852-1915)*, pubblicati entrambi in AA.VV., *Il Regio Manicomio di Torino: scienza, prassi e immaginario nell'Ottocento italiano*, Edizioni Gruppo Abele, Torino 2007.

cia ho tratto invece quasi tutta la documentazione – principalmente prospetti statistici, relazioni e consuntivi di attività – relativa al Centro d'igiene mentale. Nella ricostruzione delle vicende della contestazione antimanicomiale del biennio 1969-70 sono state decisive le pagine di cronaca dei quotidiani locali, "La Stampa" e la "Gazzetta del Popolo", che mi hanno consentito di costruire una cronologia di massima e di orientare poi con più precisione l'indagine archivistica. Al riguardo vale forse la pena sottolineare come l'archivio degli ospedali psichiatrici torinesi sia ad oggi solo parzialmente accessibile. Ad eccezione dei Verbali del Consiglio di amministrazione dell'Opera pia, la maggior parte dei materiali utilizzati proviene dunque da altrove: dal fondo del Gabinetto di Prefettura conservato presso l'Archivio di Stato di Torino; dalla Fondazione Vera Nocentini per quanto riguarda l'attività sindacale, non solo quella svolta dalla CISL; dagli Archivi dell'Associazione per la lotta contro le malattie mentali, dell'Istituto Gramsci e del CIPES Piemonte. Cruciali si sono inoltre rivelati i documenti – corrispondenze, volantini, relazioni sanitarie, cartelle cliniche – messimi a disposizione dal dottor Annibale Crosignani, cui va dunque il mio più sentito ringraziamento. Sono inoltre grato a tutte le persone che hanno acconsentito a farsi intervistare. Vorrei qui ricordare Piera Piatti, per le preziose notizie sulle origini della ALMM, i dottori Pino Luciano, Paolo Henry, Adriana Olessina, Enrico Pascal e Luigi Tavolaccini, l'ex presidente dell'Opera pia Andrea Prele, gli onorevoli Mauro Mellini, Vanda Milano e Bruno Orsini, Aldo Romagnolli della CISL, l'ex presidente dell'AMOPI Eliodoro Novello, Suor Teresa del Centro Servizi Vincenziani e l'ex assessore alla sanità della Regione Piemonte Sante Bajardi.

Un ringraziamento speciale va anche agli amici Chiara, Mimmo e Pier, della Biblioteca interdipartimentale Gioele Solari dell'Università degli Studi di Torino, a Lillo, per il sostegno che ha sempre voluto garantire alle mie ricerche presso il Centro di documentazione degli ex Ospedali psichiatrici di Collegno, e a Marco della ALMM.

Vorrei infine esprimere la mia più sincera gratitudine alla professoressa Ester De Fort e al professor Fabio Levi del Dipartimento di Storia dell'Università degli Studi di Torino.

Capitolo I
L'istituzione rafforzata: gli anni Sessanta

I manicomi: uno sguardo d'insieme

L'ambiente manicomiale

«Sono venuto a Torino, da mio fratello, a lavorare: ho fatto il manovale per un anno, poi sono andato a lavorare in fabbrica di fili elettrici. Poi sono andato dal commissario a dirgli che ero perseguitato, m'ha messo "manie di persecuzione" e m'ha mandato qua dentro. Ma io ero perseguitato davvero [...]. Il commissario mi mise "manie di persecuzione" e m'ha mandato qui dentro. E ha fatto bene, ha fatto bene. Non ero in grado ai quei tempi di capire, fisicamente, ero ancora giovane [...]. Il commissario ha fatto bene, perché mi ha messo "manie di persecuzione... la legge non mette ignoranza, la legge non mette ignoranza. Mi ha fregato, il commissario»[1]. Feliciano era entrato in manicomio nel 1961. Di lui sappiamo ben poco se non, per l'appunto, che forse soffriva di manie persecutorie e che a disporne il ricovero era stato un commissario di polizia.

L'intervista di cui fa parte il breve brano appena citato è stata realizzata tra il marzo del 1995 e il maggio del 1996, nell'ambito di un progetto teso a verificare la condizione in cui si trovavano all'epoca trenta ex degenti dei manicomi torinesi, la maggior parte dei quali, sia pure formalmente dimessi, risiedeva ancora nelle varie "comunità ospiti" che a partire dalla fine degli anni Settanta erano sorte all'interno dell'area socio-sanitaria dell'ospedale psichiatrico di Collegno.

Alcuni degli intervistati, nel rievocare l'episodio del loro ricovero, non hanno esitato ad attribuirne la responsabilità alla propria famiglia o a uno in particolare dei suoi membri, di solito il padre. Come ha fatto

[1] A. Cañedo Cervera, S. Collina, *Ero pazzo, scusa, ero pazzo davvero*, Edizioni Gruppo Abele, Torino 1997, p. 180.

Adriano, fuggito di casa all'età di ventun'anni, immediatamente ritrovato dal padre e quindi condotto a Collegno: «e poi voleva che tornassi a casa. Il giorno dopo mi ha detto: "se vuoi tornare a casa va bene"... "No, io a casa non ci torno: sto bene qui"... uno prima ti porta a Collegno e poi ti dice "se vuoi torna a casa?"... Eh no, scusa!»[2]. La vicenda di Riccardo vede invece come protagonisti entrambi i genitori: «loro mi hanno messo qua dentro e mi dice: "vai là a Collegno, stai un po' di tempo...". Io sono un ingenuo, ci sono cascato. Così loro se ne sono andati per loro conto, e io rimango qui e sono qui così, capisci? Eh, non c'è nessuno... eh, non so... chi è che si interessa di me»[3].

In altri casi, il ricordo appare decisamente più sfocato, le ragioni e le modalità del ricovero risultano del tutto incomprensibili, non solo a noi ma anche ai diretti interessati: «Mah... diventavo che perdevo i sensi – ha raccontato Giuseppina – cioè, come se svenivo [...]. Non me lo ricordo neanche con che sistema mi ci hanno portato perché... io mi sono ritrovata lì eh... cioè, non so se mi hanno fatto qualche puntura per addormentarmi»[4]. Anche Giacomo non ha saputo dire perché fosse stato internato in manicomio: «non posso saperlo, non mi hanno detto niente. Non l'ho chiesto perché non mi sono ricordato, mi mettevo a piangere quando mi hanno portato lì dentro... e ho perso la memoria, ma non riuscivo a spiegarmi... [...]. Mi hanno portato così senza motivo... non so perché... magari non stavo bene»[5].

Non è dato di sapere, naturalmente, sino a che punto i fatti riportati in quelle interviste corrispondessero alla realtà. Diverse variabili potrebbero aver contribuito a deformare in un modo o nell'altro il racconto: innanzitutto il lunghissimo tempo trascorso dal momento del ricovero; ma, più ancora della distanza temporale, c'è da considerare lo stress emotivo procurato da un avvenimento – il ricovero appunto – che i futuri degenti, già presumibilmente destabilizzati dalla malattia, non potevano non percepire fin da subito come drammatico, sia perché in genere era imposto da altri, sia per le modalità poliziesche con cui di solito esso avveniva.

Ad ogni modo, al di là delle singole vicende personali, sempre diverse tra loro, le procedure d'ammissione previste dalla legge erano soltanto due: quella ordinaria doveva necessariamente prendere avvio da una richiesta, che chiunque poteva inoltrare «nell'interesse degli infermi e della società» e che spettava al pretore autorizzare in via provvisoria «sulla presentazione di un certificato medico e di un atto di notorietà»[6]. In particolari con-

[2] A. Cañedo Cervera, S. Collina, *Ero pazzo, scusa, ero pazzo davvero* cit, p. 186.

[3] Ivi, p. 187.

[4] Ivi, p. 171.

[5] Ivi, p. 172.

[6] Legge 14 febbraio 1904 , n. 36 "sui manicomi e sugli alienati", art. 2, comma 2. In base alle disposizioni del successivo regolamento, approvato con il Regio Decreto 16

dizioni d'urgenza, invece, il ricovero poteva essere ordinato direttamente dall'autorità locale di pubblica sicurezza, anche senza l'autorizzazione del pretore. In casi del genere, il presunto alienato finiva di fatto per essere trasportato all'ospedale nel cellulare della polizia, o al limite in ambulanza, e il solo documento richiesto era il certificato medico.

Giunto a destinazione, il futuro degente veniva accompagnato nella saletta di ammissione. Lì ad attenderlo c'era il dottore, seduto dietro la sua scrivania e in camice bianco, pronto per dare inizio al colloquio. Si trattava in realtà di un vero e proprio "interrogatorio": tutte le risposte e le reazioni dell'ammalato erano annotate sulla cartella clinica e spesso interpretate come sintomi della malattia, i fatti riferiti dai congiunti venivano fedelmente registrati e alla luce anche del certificato medico esterno si cercava di pervenire ad una prima classificazione nosografica del paziente.

Terminato l'interrogatorio, il neo-degente, ormai malato anche dal punto di vista burocratico, veniva trasferito nel reparto di osservazione, spesso e volentieri con qualche raggiro, con qualche piccola bugia detta per vincerne le comprensibili resistenze e per evitare che si verificassero fastidiosi contrattempi davanti ai parenti o al medico.

Il cerimoniale proseguiva poi con la requisizione degli oggetti personali e degli abiti[7] del neo-entrato da parte degli ispettori[8], coadiuvati

agosto 1909, n. 615, «il certificato [doveva] essere rilasciato da un medico esercente non vincolato da legami di parentela, entro il quarto grado civile, col malato o col direttore o proprietario del manicomio, né appartenente al manicomio stesso» (art. 38) e doveva attestare: «a) l'indole della infermità mentale, indicando i sintomi, l'origine, il decorso di essa; b) i fatti specifici enunciati in modo chiaro e particolareggiato, dai quali si deduc[esse] la manifesta tendenza dell'individuo a commettere violenza contro sé stesso o contro gli altri od a riuscire di pubblico scandalo; c) la necessità di ricoverare il malato in manicomio, attestando, ove occorr[esse], la necessità dell'immediato ricovero d'urgenza; d) la possibilità di trasportare l'alienato in manicomio per le condizioni fisiche in cui si trova[va] senza grave nocumento della sua salute» (art. 39). Quanto all'atto di notorietà, esso doveva risultare «dalle deposizioni giurate di quattro testimoni che [avessero] i requisiti di legge, che [fossero] riconosciuti come persone probe, degne di fede ed estranee alla famiglia dell'alienato, ma possibilmente dimoranti in prossimità della casa di quest'ultimo» (art. 40).

[7] Goffman ha descritto gli effetti psicologici di tali "spoliazioni": «l'insieme delle proprietà personali ha un particolare rapporto con il sé. L'individuo ritiene, di solito, di esercitare un controllo sul modo in cui appare agli occhi degli altri. Per questo ha bisogno di cosmetici, vestiti, e di strumenti per adattarli, aggiustarli e renderli più belli [...]; in breve, l'uomo ha bisogno di un corredo per la propria identità per mezzo del quale poter manipolare la propria facciata personale [...]. Ma, al momento dell'ammissione nelle istituzioni totali, l'individuo viene privato del suo aspetto abituale e del corredo e degli strumenti con cui conservarlo, soffrendo così di una mutilazione personale». Si veda E. Goffman, *Asylums. Le istituzioni totali: la condizione sociale dei malati di mente e di altri internati*, Einaudi, Torino 1968, pp. 49-50 (ed. or. *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*, Anchor Books, New York 1961).

[8] "Regolamento Organico degli Ospedali Psichiatrici di Torino", deliberato dal Con-

nell'operazione dalla suora capo reparto o dal capo infermiere. A quel punto, terminata anche la "vestizione", il passaggio dalla pre-degenza alla degenza poteva considerarsi concluso a tutti gli effetti. Cominciava allora la fase dell'osservazione, che non poteva però protrarsi oltre i trenta giorni.

Durante quel periodo il medico doveva cercare di stabilire se il nuovo venuto fosse o meno passibile di ricovero definitivo, se si trovasse cioè nelle condizioni stabilite dall'articolo 1 della legge giolittiana del 1904, articolo che imponeva la custodia in manicomio a tutte le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, ma soltanto se «pericolose a sé o agli altri o di pubblico scandalo». Poteva naturalmente capitare anche che, sia pure in assenza del requisito della pericolosità, si giungesse ugualmente a un'ammissione in via definitiva, magari solo perché il paziente in questione non aveva un altro posto dove andare oppure perché i suoi famigliari o i suoi parenti non volevano o non erano in grado di accoglierlo a casa propria né di prendersene cura in alcun modo[9].

Tutti gli ospiti giudicati, per una ragione o per l'altra, "competenti di ricovero" entro lo scadere della fase di osservazione venivano trasferiti all'interno del reparto ritenuto più adatto alle loro caratteristiche. L'assegnazione dei malati alle varie sezioni era regolata da criteri "misti", che prendevano in considerazione parametri non soltanto medici: esistevano così reparti per epilettici e per alcolisti, ma anche per lavoratori, per pazienti cronici, per lungodegenti, per incontinenti tranquilli e per bambini. Gli uomini erano mantenuti rigidamente separati dalle donne. A queste ultime erano riservati per intero tre diversi ospedali, tra cui la vecchia sede cittadina di via Giulio, mentre gli uomini erano destinati tutti a Collegno.

Fino a quando alcuni di essi non furono trasformati, durante il periodo della contestazione anti-manicomiale del biennio 1968-1969, in comunità terapeutiche, i vari reparti del complesso ospedaliero torinese non presentavano tra loro differenze significative. Ne esisteva soltanto

siglio di Amministrazione il 26 febbraio 1951 e omologato dal Ministero dell'Interno in data 14 maggio 1951, come da nota n. 26081/39, art. 193: «agli ispettori [...] sono affidate le seguenti mansioni [...]: provvedono al ritiro degli abiti e degli oggetti personali dei nuovi entrati, curandone con le dovute precauzioni igieniche la consegna al magazzino e alla disinfezione; custodiscono gli oggetti di minor valore e consegnano gli altri, dopo la registrazione, all'ufficio all'uopo designato dall'Amministrazione».

[9] Nella cartella clinica di una donna al terzo ricovero, alla quale era stata diagnosticata una forma di schizofrenia paranoide, si può leggere ad esempio la seguente annotazione di un medico: «sarebbe dimissibile [...]. Visto che il marito non vuol saperne di riprenderla, tenuto conto dei noti precedenti l'ammetto [al ricovero definitivo]». La cartella clinica è riportata in G. Petrone, *Reinserimento sociale di degenti psichiatrici istituzionalizzati: analisi di un'esperienza*, Tesi di specializzazione in Psicologia, Università degli Studi di Torino, Facoltà di Magistero, anno accademico 1972-1973, p. 204.

uno a regime almeno formalmente aperto, Villa Verde, inaugurato nel giugno del 1961[10]; in tutti gli altri le porte restavano quasi sempre chiuse a chiave, le finestre erano protette da sbarre e da inferriate, gli orari di visita rigidamente definiti e limitati ad alcune decine di minuti al giorno e la vita quotidiana era scandita dalla monotonia di ritmi ripetitivi e sempre uguali a sé stessi: sveglia alle sei del mattino, somministrazione delle terapie alle sei e trenta, colazione attorno alle otto, poi qualche ora di "svago" in refettorio o in cortile e alle undici e trenta il pranzo; la cena era servita verso le diciassette e trenta e alle ventuno, dopo un po' di televisione, i malati erano messi a letto[11].

La vita di reparto era ovunque sottoposta a una rigida disciplina; in genere, soltanto ai lavoratori e ai "tranquilli" veniva concessa la possibilità di circolare liberamente all'interno dell'ospedale e di recarsi ogni tanto al bar. Anche i malati che accettavano di collaborare a vario titolo con il personale, perlopiù in qualità di informatori, per svelare eventuali propositi di fuga di altri malati, o di piantoni, in sostituzione degli infermieri cui era affidato il turno di notte, venivano ricompensati con piccoli privilegi di carattere materiale, come sigarette o vino[12].

A tutti gli altri venivano invece imposte restrizioni proporzionate al loro presunto grado di pericolosità. Il regime più duro era senza dubbio quello in vigore nei reparti per "furiosi", dove venivano trasferiti non solo i malati ritenuti più violenti ma anche quelli che si erano resi responsabili di gravi infrazioni al regolamento o che minacciavano con i loro comportamenti l'ordine e la tranquillità di altre sezioni. Proprio per il suo carattere eminentemente punitivo, il reparto "furia" – così era chiamato in gergo manicomiale – era diventato uno spauracchio per tutti i ricoverati e uno strumento di controllo e di dissuasione decisamente efficace nelle mani del personale.

Nell'ospedale di Collegno, il reparto "furiosi" era il numero 13. Verso la fine del 1969, a contestazione in corso, esso ospitava ancora all'incir-

[10] Cfr. D. De Caro, G. Gandiglio, E. Pascal, *Il reparto aperto Villa Verde degli OO.PP. di Torino dopo tre anni di funzionamento*, in "Annali di Freniatria e di Scienze Affini", Edizioni Minerva Medica, Torino, vol. 77 n. 4, ottobre-dicembre 1964, pp. 455-474.

[11] Cfr. G. Petrone, *Reinserimento sociale di degenti psichiatrici istituzionalizzati: analisi di un'esperienza* cit., pp. 59-60.

[12] Naturalmente, l'abitudine di concedere ai ricoverati piccole ricompense in cambio di favori personali non era radicata soltanto tra gli infermieri di Torino. È stato ad esempio descritto un sistema raffinatissimo, in uso presso l'ospedale psichiatrico di Gorizia, «attraverso il quale l'infermiere di turno la notte si garantiva di essere svegliato ogni mezz'ora da un malato, per poter timbrare la sua scheda di presenza, così com'era d'obbligo. La tecnica consisteva nell'incaricare un malato di dividere il tabacco di una sigaretta dalle briciole di pane che vi erano state mescolate. L'esperienza aveva dimostrato che per questo lavoro di smistamento occorreva appunto mezz'ora, dopo di che il malato svegliava l'infermiere e riceveva in premio il tabacco». Si veda F. Basaglia (a cura di), *L'Istituzione Negata: rapporto da un ospedale psichiatrico*, Baldini&Castoldi, Milano 1998, p. 114.

ca settantacinque malati, segnalandosi per i molti incidenti che si verificavano periodicamente al suo interno nonché per l'elevato numero di contenzioni che vi venivano praticate[13]. Sotto il profilo del degrado ambientale c'erano comunque sezioni la cui condizione pareva ancor più compromessa, in special modo quelle riservate a soggetti particolarmente deteriorati o con lunghi periodi di ospedalizzazione alle spalle: come la quinta – per lungodegenti – un vero e proprio «letamaio», con «muri scrostati», dormitori sovraffollati e un «odore acre di urina» che aleggiava su tutto; o la prima – per cronici – nella quale i letti erano disposti a trenta - quaranta centimetri gli uni dagli altri e i gabinetti, «sporchi e insufficienti», venivano chiusi durante tutta la notte, obbligando i ricoverati a servirsi di vasi che venivano svuotati soltanto al mattino[14].

Già attorno alla metà degli anni Sessanta la situazione degli ospedali di Collegno e di via Giulio aveva attirato su di sé l'attenzione dei giornali. Persino il quotidiano "La Stampa", in precedenza poco interessato a tali problemi, era arrivato a parlare di malate costrette a dormire negli scantinati, con «gli scarafaggi», e a sottolineare il carattere fatiscente delle attrezzature e dei locali a disposizione di medici e ricoverati. Si era trattato tuttavia di denunce parziali, avanzate con toni piuttosto concilianti[15], che nel loro insieme erano sembrate inquadrarsi in una strategia tesa a sostenere la necessità di nuovi investimenti economici in campo manicomiale, in totale sintonia con gli analoghi propositi che da qualche tempo erano andati maturando in seno alla Giunta provinciale, e in special modo alla sua componente democristiana.

Non si può negare che gli ospedali di via Giulio e di Collegno abbiano rappresentato a lungo, nell'opinione comune, i due manicomi torinesi per eccellenza; erano d'altra parte gli edifici più popolati, più vecchi e più imponenti dell'intero complesso manicomiale cittadino (anche se sarebbe forse più corretto dire provinciale). Non bisogna dimenticare, tuttavia, che nel corso del Novecento accanto ad essi ne erano sorti altri due, collocati entrambi non lontano dalla città, in centri della prima cintura, rispettivamente a Grugliasco e in borgata Savonera e che a completare il comprensorio ospedaliero si erano aggiunte col passare del tempo alcune strutture di dimensioni ridotte – le cosiddette Ville – destinate ad accogliere pazienti con esigenze particolari.

[13] Si veda Associazione per la lotta contro le malattie mentali (a cura di), *La fabbrica della follia: relazione sul manicomio di Torino*, Einaudi, Torino 1971, pp. 63-66.

[14] Ivi, pp. 39 e 49.

[15] In uno degli articoli in questione, *Visita al manicomio di Collegno*, pubblicato il 17 gennaio del 1966, si parlava ad esempio di malati contenuti, precisando però che, nonostante la fettuccia al polso, essi potevano «alzare le braccia per una trentina di centimetri» e sottolineando come un sedicenne, a dispetto delle sue tendenze aggressive e autolesive, fosse stato lasciato libero di circolare in refettorio con i compagni, «tenuto affettuosamente per un braccio da uno schizofrenico».

Un po' di storia

Lo "spedale dei pazzarelli" era un edificio di cento posti letto, situato nell'isola di San Isidoro, l'attuale via Piave. Era stato costruito nel 1729 per volere di Vittorio Amedeo II ma la sua gestione era stata affidata ad un ente religioso, la Confraternita del Santissimo Sudario e della Beata Vergine delle Grazie. Sebbene si trattasse di una struttura con caratteristiche ospiziali, sorta più per ragioni di ordine pubblico che non per effettive preoccupazioni sanitarie, la neonata istituzione costituiva per Torino «un fatto nuovo, e cioè» un primo passo verso «il superamento della segregazione indifferenziata»[16]. Fino ad allora era infatti prevalsa la tendenza a ricoverare gli alienati nelle carceri, negli ospizi di carità o negli ospedali generali, senza particolari distinzioni né con altre categorie d'individui ritenuti socialmente pericolosi, come delinquenti comuni, mendicanti, vagabondi o nemici politici, né con malati di altro genere[17].

Nel corso del Settecento luoghi simili allo "spedale" di Torino apparvero in varie città della penisola. Nel 1755 il duca Francesco III d'Este trasformò l'ex lebbrosario San Lazzaro di Reggio Emilia in una casa d'accoglienza per "insensati"; qualche anno dopo, nel 1778, fu il turno di Alessandria, dove su iniziativa del vescovo della città venne inaugurato uno "spedale dei pazzerelli" direttamente ispirato a quello torinese, non solo per il nome ma anche nei regolamenti interni; a Milano la Pia Casa della Senavra fu adibita in via esclusiva al ricovero degli alienati a partire circa dal 1790 mentre i due ospedali Santa Dorotea di Firenze e Santa Maria della Pietà di Roma erano già stati destinati ad un'analoga funzione, rispettivamente, nella seconda metà del 1600 e addirittura nel 1500[18].

La maggior parte di quelle strutture era stata creata allo scopo di liberare le strade dalla presenza di soggetti il cui comportamento era percepito come possibile fonte di pericolo per la cittadinanza o di scandalo per le famiglie di appartenenza. Non erano mancate tuttavia anche motivazioni sanitarie, che spesso si trovano espresse, sia pure con formule un po' generiche, nei regolamenti o negli statuti. Al riguardo va però tenuto presente che la sensibilità medica del tempo considerava le alie-

[16] M. Moraglio, *Costruire il Manicomio* cit., p. 31.

[17] Si tenga presente, tuttavia, che una tale tendenza era destinata a venir meno solo con la progressiva diffusione del manicomio ottocentesco e con lo sviluppo della psichiatria moderna. Nel caso del Piemonte sabaudo, ad esempio, ancora negli anni '30 del 1800 si poteva registrare una marcata presenza di "insensati" sia negli ospizi sia all'interno delle prigioni. Al riguardo si veda: S. Montaldo, *Manicomio e psichiatria nel Regno di Sardegna, 1820-1850*, in AA.VV., *Il Regio Manicomio di Torino: scienza, prassi e immaginario nell'Ottocento italiano*, Edizioni Gruppo Abele, Torino 2007, pp. 15-16.

[18] Cfr. L. Roscioni, *Il governo della follia* cit.

nazioni come malattie sostanzialmente incurabili e che di conseguenza nei primi ospedali riservati ai folli l'attività del medico, quando prevista, si limitava spesso alla cura della salute generale dei ricoverati.

A Torino, il medico dello "spedale" rimase a lungo in una posizione subordinata; poteva partecipare alle sedute più importanti della confraternita, era chiamato ad esprimersi sui casi di ammissione e di dimissione nonché sullo stato di salute dei ricoverati ma fu soltanto negli anni successivi alla dominazione napoleonica, grazie anche al progressivo diffondersi in Italia del nascente pensiero psichiatrico francese, che incominciò a manifestarsi la necessità di un intervento terapeutico sistematico e specificamente mirato alla cura della follia e che al personale sanitario venne quindi riconosciuto, sebbene in modo graduale e non privo di forti contraddizioni, un ruolo sempre più decisivo nell'organizzazione della vita istituzionale. Nel 1828, dopo che per circa un secolo l'assistenza sanitaria era stata affidata a medici esterni, si giunse finalmente, a seguito di un concorso pubblico diretto «ad accertare le conoscenze scientifiche dei candidati»[19], all'assunzione di un medico primario e all'attivazione di un servizio sanitario «interno e ininterrotto»[20] di cui furono chiamati a far parte, due anni dopo, anche un chirurgo, un assistente e un flebotomo.

L'affermarsi di un approccio terapeutico sempre più definito nei suoi presupposti scientifici e culturali contribuì d'altra parte ad accentuare un insieme di problemi che si erano trascinati in forme più o meno gravi per alcuni decenni ma che a quel punto sembravano essersi trasformati in un ostacolo insormontabile all'applicazione delle nuove teorie mediche. In particolare, già nel 1827 le carenze strutturali e l'assenza di spazio nei locali del vecchio "spedale" avevano indotto la regia amministrazione a chiedere al sovrano il permesso per la costruzione di un edificio di dimensioni maggiori, ove fosse possibile attuare una netta separazione tra i sessi e una suddivisione dei malati secondo criteri clinici.

Dai primi progetti del 1828 alla conclusione definitiva dei lavori dovette tuttavia passare più di un lustro. Il nuovo manicomio venne infatti inaugurato ufficialmente soltanto il 13 maggio del 1834: esso sorgeva sopra un terreno di circa sei giornate a forma di quadrilatero, ubicato ai margini di quella che allora era la parte edificata della città e delimitato da via della Consolata, da via Valdocco, da via San Massimo (l'attuale corso Regina Margherita) e da via delle Ghiacciaie (oggi via Giulio).

[19] M. Gillio, *Per una storia del manicomio a Torino e Collegno dall'età carloalbertina alla prima guerra mondiale*, Tesi di Laurea in Storia del Risorgimento, Università degli Studi di Torino, Anno Accademico 2005/2006, p. 14.

[20] G. Ajani, B. Maffiodo, *La struttura e il bisogno: organizzazione interna ed evoluzione dell'istituzione manicomiale torinese nei secoli XVII e XIX*, in A. De Bernardi (a cura di), *Follia, Psichiatria e Società*, Franco Angeli, Milano 1982, p. 48.

Ma «per effetto della continua crescita»[21] della popolazione ricoverata, già pochi anni dopo la sua apertura quel grande stabilimento cominciò a dimostrarsi carente sotto il profilo della capienza e inadeguato dal punto di vista sanitario. Persino il neo-primario, Giovanni Stefano Bonacossa, in una memoria del 1843 ne denunciò alcuni limiti architettonici e igienici, tra i quali si possono qui ricordare l'eccessivo numero di piani, l'insalubrità degli ambienti, la povertà del regime alimentare e le scarse dimensioni dei cortili[22]. Alle critiche di Bonacossa fecero seguito quelle del direttore Lorenzo Ceppi, che nel 1851 si trovò costretto a constatare la saturazione della capacità ricettiva dell'ospedale e a dichiarare la conseguente impossibilità di far fronte a ulteriori richieste di ricovero. Tornò così d'attualità un'idea che risaliva al periodo dell'occupazione francese, ossia quella di trasferire una parte dei malati presso la Certosa di Collegno, un grande complesso situato alle porte della città, in piena campagna, e abitato fin dal 1641 da un gruppo di monaci certosini originari della Val di Susa. Con l'acquisto della Certosa, avvenuto nel 1856, il manicomio di Torino si dotava di una succursale di enormi dimensioni, provvista di aree verdi e di terreni agricoli, e destinata peraltro a ingrandirsi ulteriormente nel corso del tempo, tanto da arrivare a comprendere, sul finire del secolo, alcuni nuovi fabbricati, una casa coloniale e un certo numero di laboratori per l'ergoterapia.

Il periodo compreso tra l'ultimo quarto dell'Ottocento e l'inizio del Novecento fece registrare un impetuoso incremento della popolazione manicomiale torinese, passata dagli 841 individui ricoverati nel 1876 agli oltre 2.400 del 1910. Si trattava per la verità di un fenomeno di portata europea, riscontrabile, sia pure con intensità diversa a seconda dei casi, non solo in Italia ma anche in Germania, in Francia e in Inghilterra[23] e alla cui base agivano molteplici motivazioni di carattere economico, sociale e sanitario. Nella vicenda italiana di fine Ottocento pesarono senza dubbio i costi sociali del processo di modernizzazione in atto in quella fase, alcuni dei quali, come la diffusione della pellagra nelle campagne e di alcolismo e sifilide nelle zone urbane, ebbero riflessi psichiatrici immediati, contribuendo ad esporre una massa via via crescente di persone ai pericoli della malattia mentale e dell'internamento in manicomio. Non va tuttavia trascurato neppure un secondo elemento, e cioè il fatto che in quegli anni la proliferazione di studi in campo psichiatrico, legata anche al graduale consolidarsi di una scuola freniatrica nazionale, aveva portato alla patologizzazione di comporta-

[21] M. Moraglio, *Costruire il Manicomio* cit., p. 36.

[22] M. Gillio, *Per una storia del manicomio a Torino e Collegno dall'età carloalbertina alla prima guerra mondiale* cit., pp. 21-22.

[23] Cfr. E. Shorter, *Storia della Psichiatria: dall'ospedale psichiatrico al Prozac*, Masson, Milano 2000, (ed. or. *A History of Psychiatry: from the era of the Asylum to the age of Prozac*, John Wiley & Sons, 1997).

menti in precedenza piuttosto ben tollerati o comunque non ritenuti di rilevanza medica, rendendoli pertanto passibili di cura e di ricovero. Un processo che le disposizioni legislative del 1904 e del 1909 avrebbero addirittura avallato, indicando quale criterio per la custodia manicomiale coatta un non meglio precisato stato di alienazione mentale, unito, come si è già avuto modo di notare, ad altre due condizioni: la pericolosità sociale del folle o il pubblico scandalo derivante dalla sua condotta.

Il "grande internamento" di fine Ottocento ripropose nei manicomi di Torino il problema della mancanza di posti letto. Data la situazione di sovraffollamento nella quale versavano, già nei primi anni del 1900, tanto la sede di via Giulio quanto la succursale di Collegno, prese immediatamente corpo l'ipotesi di ampliare l'apparato ospedaliero mediante la costruzione di ulteriori fabbricati. La Provincia, tenuta fin dal 1865 al mantenimento degli alienati poveri e detentrice, a seguito della riforma statutaria del 1909, del diritto a nominare la maggioranza dei consiglieri dell'Opera pia, divenuta a sua volta ente autonomo e svincolato dalla congregazione religiosa, fu la prima a muoversi in tal senso. Tra il 1910 e il 1913 essa progettò e portò a compimento il "Ricovero di Savonera", una struttura capace di circa seicento posti letto che negli intendimenti degli amministratori provinciali avrebbe dovuto ospitare "maniaci tranquilli" ma che di fatto fu poi trasformata, come del resto anche la sede di via Giulio, in un nosocomio esclusivamente femminile. A Collegno furono invece trasferiti tutti gli uomini.

Nonostante «il riordino così attuato permette[sse] un utilizzo più razionale delle strutture contenitive»[24] e malgrado la disponibilità del nuovo "Ricovero di Savonera" avesse fatto aumentare sensibilmente la capienza complessiva del comprensorio manicomiale, l'inarrestabile incremento della popolazione ricoverata, salita nel frattempo a circa 3.000 malati, determinò ancora una volta una situazione di crisi dovuta all'eccessivo affollamento dei locali. Il consiglio di amministrazione dell'Opera pia avviò allora una serie di contatti con la deputazione provinciale, allo scopo di sollecitare presso quest'ultima la costruzione di un altro grande manicomio. Tra i due enti si pervenne in breve tempo a un accordo informale, in base al quale la Provincia s'impegnava ad accollarsi tutti gli oneri finanziari del progetto, confermando però all'Opera pia le responsabilità di gestione del futuro ospedale. Acquisiti i terreni, i lavori ebbero inizio abbastanza rapidamente, nell'autunno del 1916, ma sia per il protrarsi del conflitto mondiale sia per le varie vicissitudini che nell'immediato dopoguerra travagliarono il manicomio, essi poterono essere terminati soltanto nel 1931. Il complesso, che sorgeva a Grugliasco, un piccolo centro abitato non lontano da Collegno, venne denominato "Istituto interprovinciale Vittorio Emanuele III per infermi di mente": era formato da un insieme di edifici destinati

[24] M. Moraglio, *Costruire il Manicomio* cit., p. 60.

ad ospitare le cucine, la Direzione e la camera mortuaria e da quattro grandi padiglioni per le ammalate con oltre 700 posti letto.

A quel punto l'apparato manicomiale di Torino aveva raggiunto dimensioni ragguardevoli e se si eccettuano l'edificazione, a metà degli anni Trenta, di un reparto per paganti in proprio, le Ville Regina Margherita, e le ristrutturazioni resesi necessarie al termine della Seconda guerra mondiale, non si verificarono altri ampliamenti di rilievo fino al 1961, quando entrò in funzione Villa Verde, un piccolo «reparto aperto» riservato alla cura di disturbi psichiatrici considerati minori. Proprio la particolare natura delle forme cliniche trattate, in prevalenza sindromi alcoliche e psiconevrosi che non richiedevano lunghi periodi di ospedalizzazione, fece sì che in quella struttura, nonostante la disponibilità di soli 88 posti letto, si effettuassero ben 3.809 ammissioni entro i primi sei anni di attività e che la durata delle degenze si mantenesse sempre piuttosto bassa, quasi mai «superiore ai 35-45 giorni»[25]. Un dato particolarmente interessante, soprattutto tenendo presente che negli altri istituti gestiti dall'Opera pia i ricoveri duravano in media molto più a lungo[26]. Villa Verde, nella sostanza, pur facendo parte dei manicomi di Torino dal punto di vista amministrativo, funzionava in modo simile a una clinica privata: non solo per la sua propensione a «selezionare i [pazienti] in accettazione», rifiutando i casi di «manifesta pericolosità», di «minorazione e di grave deficienza psichica», ma anche per il fatto di essere convenzionata con quasi tutti i principali enti mutualistici, tra cui la mutua aziendale della FIAT, e con l'Istituto nazionale assistenza infortuni sul lavoro, l'INAIL.

Nel 1964, per effetto dell'apertura di due nuovi reparti, Villa Certosa, uno psicogerontocomio maschile, e Villa Azzurra, adibito a istituto medico-psico-pedagogico per bambini e bambine e collocato all'interno dello stabilimento ospedaliero di Grugliasco, la capacità ricettiva totale dei manicomi torinesi toccava il suo massimo storico. Pure la popolazione internata, dopo la sensibile flessione verificatasi durante la guerra, aveva ripreso a salire, passando dai 3.700 degenti del 1952 ai 4.200 del 1955, per arrivare al picco del 1966, anno in cui i ricoverati erano ben 4.773. Nel biennio seguente il trend subiva invece un'inversione decisa e destinata a protrarsi, come vedremo, lungo tutti gli anni Settanta (grafici 1 e 2).

[25] D. De Caro, G. Gandiglio, E. Pascal, *Il reparto aperto Villa Verde degli OO.PP. di Torino dopo tre anni di funzionamento* cit., in "Annali di Freniatria e di Scienze Affini", p. 461.

[26] Dei 789 pazienti ricoverati a Collegno nel 1963, ad esempio, soltanto 400 furono dimessi entro un mese mentre ben 234 rimasero internati per oltre un anno. A Villa Verde, invece, tra il giugno del 1963 e il maggio del 1964 soltanto in 9 casi su un totale di 730 ricoveri la degenza durò più di tre mesi. Cfr. D. De Caro, *Analisi della situazione attuale e prospettive della assistenza ospedaliera psichiatrica nella provincia di Torino*, Ospedali psichiatrici di Torino, 1968.
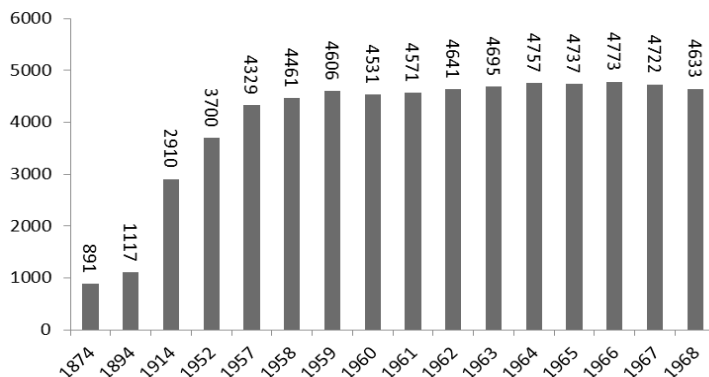
GRAFICO 1: popolazione ricoverata negli OO.PP. torinesi tra il 1874 e il 1968
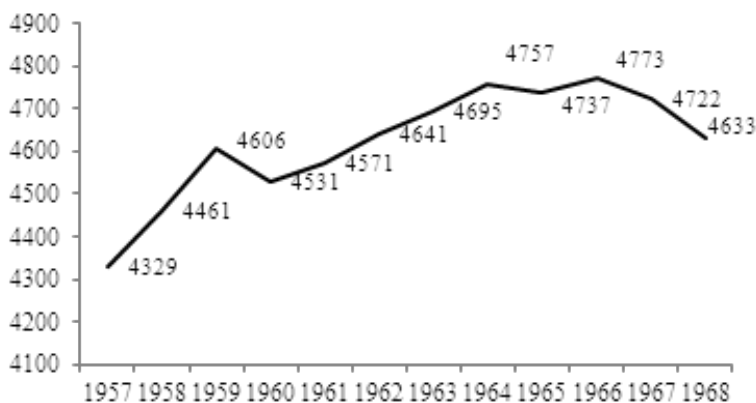
GRAFICO 2: popolazione ricoverata negli OO.PP. torinesi tra il 1957 e il 1968

Il terzo grafico, relativo al movimento delle entrate e delle uscite nei quattro manicomi torinesi a regime chiuso (Savonera, Grugliasco, via Giulio e Collegno) tra il 1957 e il 1968, mette in evidenza un netto calo delle ammissioni fino al 1961, seguito da una breve ripresa conclusasi nel 1963 e poi da una nuova anche se meno marcata diminuzione. Le uscite hanno avuto invece un andamento complessivamente più altalenante, caratterizzato da un continuo e ravvicinato alternarsi di momenti di crescita e di momenti di calo. Più interessante, tuttavia, è il confronto tra le due variabili prese in esame. Come si vede, infatti, a partire dalla fine del 1963 la linea continua delle entrate si situa sempre al di sotto di quella puntinata delle uscite, cosa che segnala una riduzione costante, lungo quel periodo, della popolazione ricoverata nelle quattro strutture considerate: si noti però che a causare una tale diminuzione era stato soprattutto il trasferimento di alcune centinaia

di degenti anziani presso Villa Certosa, aperta appunto nel 1964, e in altre istituzioni geriatriche convenzionate con la Provincia e comunque non dipendenti dall'Opera pia. Dei 1.579 ammessi nel 1965 (865 al primo ricovero e 714 recidivi) è anche possibile precisare la professione e il luogo di nascita: si trattava per il 37% di operai, per il 28% di casalinghe e per il 9% di agricoltori. I professionisti erano poco più del 3%. I nati al nord costituivano la netta maggioranza, con oltre il 76%, mentre dal sud e dalle isole proveniva all'incirca il 17% degli entrati. Dei 1.468 dimessi in quello stesso anno si può invece prendere in considerazione la durata del ricovero, che risultava inferiore ai 12 mesi per oltre l'80% dei casi, compresa tra 1 e 3 anni per l'8,9% e superiore ai 36 mesi per il restante 9,8%.
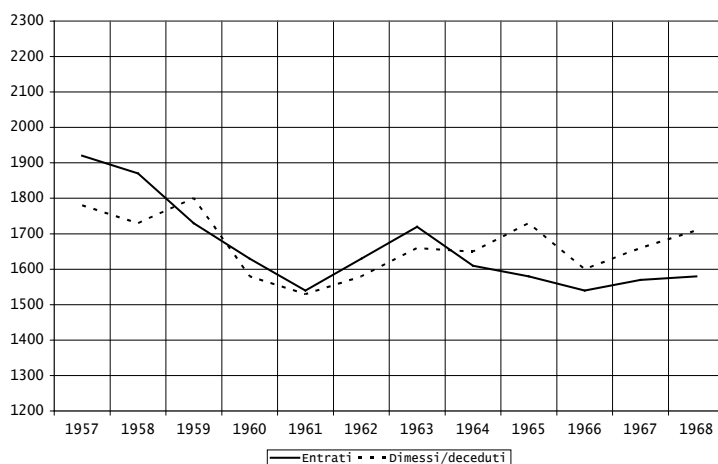
GRAFICO 3: entrati-dimessi/deceduti nei manicomi a regime chiuso

Ad aumentare in modo incessante era stato, dalla fine degli anni Cinquanta, anche il personale dipendente, che nel 1967, come si evince dalla tabella 1, era composto da 1.456 tra infermieri – circa un migliaio – sanitari, amministrativi e addetti ai servizi generali (uscieri, portinai, cuochi, dispensieri, cantinieri, coloni, operai, lavandai ecc.), con una spesa per l'Opera pia pari a circa il 70% del bilancio totale. Ciononostante permanevano all'interno dei manicomi alcune evidenti situazioni di squilibrio: ad esempio, poiché i medici psichiatri in servizio erano quarantatre, sette dei quali senza reparto (il direttore sanitario e i sei vicedirettori), ognuno di essi era chiamato a provvedere in media a circa 130 malati, ma con punte, a Collegno, superiori addirittura a 360. Considerando poi l'intero organico, il rapporto infermieri-degenti era di circa 1 a 4,7; il rapporto effettivo, tenuto conto sia dei turni sia degli assenti per malattia o per ferie, era però molto più basso, pressappoco di

1 a 9, e comunque inferiore a quello degli ospedali di altre grandi città come Roma, Napoli, Genova o Milano[27].

anno	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963
personale	904	893	932	944	1011	1079	1103
anno	1964	1965	1966	1967			
personale	1196	1346	1430	1456			

TABELLA 1 personale dipendente negli OO.PP. torinesi dal 1957 al 1967

Attorno al 1968 quella torinese si presentava quindi come una delle più imponenti istituzioni manicomiali d'Italia. In poco più di due secoli si era passati dal piccolo "spedale dei pazzerelli", con i suoi cento posti letto, a un comprensorio di enormi dimensioni, capace di ospitare quasi cinquemila malati e nel quale lavoravano poco meno di mille e cinquecento persone: un vero e proprio gigante, insomma, o una specie di "Brasilia" psichiatrica, per riprendere uno dei più efficaci appellativi che gli sarebbero stati attribuiti in momenti non lontani a venire, nel bel mezzo della crisi che doveva travolgere i manicomi di Torino a partire dal dicembre del 1968.

Le terapie tra innovazione e tradizione

Ore 9: dopo mezz'ora circa dall'inizio, diventa inquieta, cammina per il camerone ripetendo: "mi sento svenire, perché compatite nulla". Tocca le altre malate, dice di sentirsi perseguitata indicando due infermiere che le sono accanto; ma non sa spiegare il perché di tale sentimento. Sa di trovarsi in un ospedale [...]. Vuole scrivere ma subito cambia proposito; vuole mangiare. Attenzione fugace, incapace di concentrarsi su di un argomento [...]. Ore 10: [...] suda abbondantemente, rossa in viso. Ricorda d'improvviso la morte del marito [...]. Sente piangere il bambino di notte (ricordo delirante). Rammenta tre figli. Improvvisa inquietudine psicomotoria e grida ad alta voce "vitto e tranquillità". Ore 13: l'ammalata si guarda di continuo allo specchio gli occhi, se li sfrega. Afferma anche di trovarsi patita e diversa. Ha coscienza che qualcosa di anormale va accadendo. Continua a chiedere di essere lasciata tranquilla [...]. Ore 16: ha scritto due lettere ai parenti, invocando aiuto. Continua a lamentarsi che la morte è vicina. Accusa stiramenti alle palpebre [...]. Ore 19.45: si sente meglio. Critica il suo precedente delirio di fecondità asserendo che novecento nascite sono impossibili per una donna. Suda abbondantemente e

[27] I dati inseriti nella Tabella 1 sono tratti da: Presidenza degli OO.PP. di Torino, *Relazione informativa e programmatica al Presidente dell'Amministrazione provinciale di Torino*, Ospedali Psichiatrici di Torino, 8 gennaio 1968.

le si arrossa il volto. Ore 20.30: racconta dietro invito la storia della sua vita: la morte del marito in un cementificio, la nascita dei figli. La morte del marito la lasciò poverissima e fu così costretta alla prostituzione: due aborti nel 1937 [...]. Insiste [nel sostenere] la legalità del suo mestiere di prostituta[28].

All'inizio del 1964, a quattordici donne ricoverate negli ospedali psichiatrici di Torino e «affette da sindromi schizofreniche di vecchia data» furono somministrate, a distanza di una settimana l'una dall'altra e a fini comparativi, due diverse sostanze psicotrope, la LSD-25 e la psilocibina.

Il brano riportato più sopra rappresenta per l'appunto il resoconto dettagliato degli effetti della LSD-25 su Lucia, una donna che all'epoca aveva 53 anni e che da 16 si trovava rinchiusa in manicomio.

Nel capoluogo piemontese, esperimenti del genere furono piuttosto frequenti lungo tutti gli anni Sessanta[29]. Si trattava per la verità di una prassi diffusa non solo a Torino. Infatti, poco dopo la scoperta da parte del chimico svizzero Albert Hoffman delle proprietà allucinogene della LSD-25, avvenuta nel 1943, le droghe psichedeliche erano state introdotte anche nella pratica psichiatrica e impiegate sia come possibili terapie per le neurosi, per i disturbi della personalità e per le dipendenze da alcol[30] sia come mezzo per creare in soggetti psicologicamente sani sintomatologie di tipo psicotico, nella speranza che tali "psicosi indotte" potessero in qualche modo aiutare a comprendere meglio la natura di quelle spontanee. A risvegliare l'interesse scientifico nei confronti delle psicosi chimiche, conosciute già dal 1927[31], non aveva però contribuito solo la sintesi della LSD-25. L'evento decisivo in tal senso si era invece verificato alcuni anni dopo la scoperta di Hoffman, verso il 1952, al termine di una ricca stagione di ricerche che aveva portato alla

[28] D. Bonino, G. Gamna, *Studio comparativo degli effetti della LSD 25 e della psilocibina in un gruppo di psicosi schizofreniche*, in "Annali di Freniatria e Scienze Affini", vol. 77 n. 2, aprile-giugno 1964, pp. 127-128.

[29] In merito si può vedere anche: G. Gamna, U. Fornari, L. Gobbi, F. Vercellino, G. Luciano, A. Fusari, *Studio del valore diagnostico, psicopatologico e criminologico della LSD 25 in un gruppo di alcolisti cronici*, in "Annali di Freniatria e Scienze Affini", vol. 79 n. 1, gennaio-marzo 1966, pp. 60-71.

[30] D. Healy, *The Creation of Psychopharmacology*, Harvard University Press, London 2002, p. 182.

[31] In quell'anno lo psichiatra tedesco Kurt Beringer aveva associato il comportamento indotto dalla mescalina alla psicosi schizofrenica. Cfr. K. Beringer, *Der Meskalinrausch*, Mongra, Gesamtgeb, 1927. Per un'esposizione divulgativa del problema si può vedere: V. Andreoli, *Un Secolo di Follia*, Rizzoli, Milano 2006, p. 157. Sulle psicosi indotte si veda anche: F. Alexander, S. Selesnick, *Storia della Psichiatria*, Newton Compton, Roma 1975, pp. 344-345 (ed. or. *The History of Psychiatry*, Estate Franz Alexander & Sheldon Selesnick, 1966) oppure L. Hollister, *Chemical Psychoses: LSD and related drugs*, Charles Thomas, Illinois 1968.

nascita della psicofarmacologia e che ora proveremo a seguire almeno nei suoi sviluppi essenziali. Per farlo, però, dobbiamo tornare alla fine degli anni Quaranta.

In quel periodo Henri Laborit, un chirurgo militare al servizio della marina francese, stava conducendo una serie di studi nel tentativo di trovare nuovi agenti farmacologici capaci di potenziare l'effetto degli anestetici tradizionali. Dopo aver sperimentato senza successo alcuni antistaminici, nel giugno del 1951 Laborit decise di chiedere alla casa farmaceutica Rhône-Poulenc un campione di un composto, denominato 4560 RP, che il chimico Paul Charpentier aveva da poco sintetizzato proprio a partire da un antistaminico già noto, la promazina, e che si era nel frattempo dimostrato piuttosto efficace come antiemetico, come anticolinergico e come sedativo. Il chirurgo francese impiegò quel composto in qualità di preanestetico, con risultati che gli parvero del tutto soddisfacenti, notando però come esso determinasse nei pazienti una sorta d'indifferenza verso il mondo circostante, una specie di "atarassia", come si sarebbe cominciato a dire di lì a poco.

A sviluppare le osservazioni di Laborit sugli effetti calmanti del 4560 RP furono poi due psichiatri del manicomio parigino di Sainte-Anne, Jean Delay e Pierre Deniker, ai quali si devono i primi tentativi di somministrare il nuovo farmaco da solo invece che in "cocktail" con altre sostanze, com'era stato fatto sino ad allora. Gli esperimenti condotti al Sainte-Anne evidenziarono la capacità della clorpromazina, nome che lo stesso Paul Charpentier aveva assegnato alla sua personale "creazione", di tranquillizzare i pazienti agitati o iperattivi e di agire con efficacia su alcuni sintomi psicotici come il delirio e gli stati confusionali.

Ulteriori indagini rivelarono ben presto che la clorpromazina era anche in grado di bloccare gli effetti della LSD-25. Fu quello l'evento decisivo cui si accennava prima, l'episodio cioè che diede un impulso determinante al successivo sviluppo delle ricerche sulle psicosi indotte. La possibilità di determinare uno stato psicotico in modo artificiale, attraverso l'uso di sostanze psicotrope, e di risolverlo nell'arco di pochi minuti, grazie a farmaci come la clorpromazina, alimentò infatti la speranza che la follia potesse essere finalmente studiata con maggiore sistematicità e con un approccio più "scientifico" e rigoroso rispetto al passato.

Ma l'entusiasmo iniziale doveva in realtà durare lo spazio di qualche anno. Poco alla volta crebbe attorno alle psicosi indotte un clima di scetticismo, sostenuto anche dall'emergere di una crescente mole di dati sperimentali che sembravano suggerire l'esistenza di differenze profonde tra le alterazioni provocate attraverso i farmaci e i quadri sintomatologici delle patologie spontanee[32]. La condanna sociale cui la LSD-25 andò gradualmente incontro nel corso del tempo per i suoi usi

[32] Cfr. D. Healy, *The Creation of Psychopharmacology* cit., p. 193.

extra-clinici e per gli effetti collaterali ad essa connessi[33] contribuì poi all'eclissi definitiva di quel filone di ricerca.

Intanto, però, con la scoperta delle proprietà antipsicotiche della clorpromazina era ufficialmente nata la psicofarmacologia. La sperimentazione psichiatrica della 4560 RP, iniziata a Parigi nel marzo del 1952, proseguì poi a Lione, dove attorno al 1954 venne fondato il Comité Lyonnais de Recherches et Thérapeutiques en Psychiatrie – un gruppo di studio che nel giro di qualche anno fu in grado di fornire i primi dati relativi al problema delle «ricadute» – e successivamente nell'ospedale psichiatrico di Basilea, dove sembra che l'introduzione del nuovo farmaco abbia favorito una rapida trasformazione dell'ambiente interno, concorrendo anche a far dimezzare la durata media delle degenze.

Nel 1955, con il nome commerciale di Thorazine la clorpromazina venne lanciata anche sul mercato americano, dove essa ottenne un successo di vendite immediato, nonostante lo psichiatra tedesco Heinz Lehmann fosse da poco riuscito a rilevarne i cosiddetti sintomi extrapiramidali, ossia un insieme di effetti collaterali tra i quali era stata evidenziata anche una parziale perdita di controllo sui movimenti del corpo in apparenza analoga a quella indotta dalla sindrome di Parkinson, e malgrado la forte concorrenza di un altro medicinale appena commercializzato e che sembrava essere piuttosto simile, il Miltown.

Negli Stati Uniti, la diffusione degli psicofarmaci antipsicotici, cui si aggiunsero in seguito gli antidepressivi triciclici come l'imipramina[34] e poi anche gli ansiolitici, coincise con un decremento della popolazione ricoverata negli ospedali psichiatrici pubblici così marcato che ancora oggi, nell'ambito della letteratura specialistica sull'argomento, può capitare d'imbattersi in ragionamenti tesi a stabilire tra quei due fenomeni non solo rapporti di concomitanza temporale ma addirittura relazioni di quasi causalità diretta. Le serie statistiche di cui si dispone al riguardo risultano effettivamente abbastanza sorprendenti. Esse dimostrano infatti che il numero dei ricoverati nei manicomi americani è cominciato a scendere proprio nel 1956, dopo appena un anno dall'introduzione della Thorazine, e che quella tendenza si è poi protratta in modo inarrestabile per oltre tre decenni, portando, nel solo periodo compreso tra il 1955 e il 1970, ad una riduzione della popolazione manicomiale complessiva pari a circa 221 mila unità[35].

Diversamente da quelli statunitensi, ma in linea con quanto si stava verificando su scala nazionale, i manicomi torinesi continuarono ad accogliere nuovi pazienti per tutti gli anni Sessanta mentre i medici

[33] Ivi, pp. 102-103.

[34] L'imipramina era nota fin dal 1940 ma le sue proprietà nella cura della depressione erano state individuate soltanto nel 1957 dallo psichiatra svizzero Roland Kuhn.

[35] Cfr. P. Black (a cura di), *Drugs and the Brain*, Johns Hopkins Press, Baltimore 1969, p. 174. Per I dati successivi al 1967: E. Shorter, *Storia della Psichiatria* cit., p. 275.

che lavoravano al loro interno proseguivano di pari passo nella sperimentazione dei vari medicinali messi via via a disposizione dalle case farmaceutiche. Poco alla volta, oltre alle sostanze psicotrope come la LSD-25 o la psilocibina, di cui si è già detto in precedenza, furono testate sui ricoverati, con scopi e metodologie diverse a seconda dei casi, anche alcune molecole ad azione prevalentemente antipsicotica, come la reserpina, la clorpromazina e il tioxantene, o anti-depressiva, come la RO 4-1575[36], posta in commercio verso il 1960 con il nome di Laroxyl.

Non bisogna pensare, però, che tutti gli psichiatri ospedalieri di Torino fossero impegnati sul fronte della ricerca scientifica. A pubblicare con una certa regolarità era forse una decina, su un totale di circa cinquanta, e la sede di tali pubblicazioni era quasi sempre rappresentata, salvo rare eccezioni, dagli Annali di Freniatria e di Scienze Affini, vale a dire dalla rivista ufficiale dei manicomi cittadini.

Se si sfogliano gli indici di quella rivista relativi agli anni compresi tra il 1961 e il 1969, si noterà come essa abbia sempre dedicato molto spazio a ricerche di carattere psicofarmacologico, ma soprattutto si potrà registrare una mancanza quasi totale di contributi non ispirati ad orientamenti di matrice organicista. Naturalmente, non si trattava più dell'organicismo anatomico e positivista che si era affermato a livello europeo nella seconda metà del diciannovesimo secolo, quanto piuttosto di una sua versione "moderna", arricchita da metodi e da strumenti d'indagine nuovi, come ad esempio l'elettroencefalografia, e che proprio gli sviluppi della psicofarmacologia e poco più tardi anche delle neuroscienze avevano contribuito a rendere sempre più sensibile agli aspetti biochimici e bioelettrici della fisiologia cerebrale. Ma il cuore pulsante di quell'organicismo rinnovato rimaneva pur sempre l'idea che le patologie psichiatriche andassero considerate come malattie a carico dell'encefalo: con la sola differenza rispetto al passato che adesso l'origine o la causa prima di tali malattie si riteneva dovesse essere ricercata in ipotetiche alterazioni biologiche di cui peraltro si faticava non poco a comprendere l'esatta natura[37].

[36] Si vedano in particolare: P. E. Bertoli, L. Cagliero, P. Cacciari, E. Pascal, *Influenza della reserpina sull'attività ovarica*, in "Annali di Freniatria e Scienze Affini", vol. 74 n. 4, dicembre 1961, pp. 572-575. P. E. Bertoli, L. Cagliero, P. Cacciari, E. Pascal, *Influenza della clorpromazina sull'attività ovarica*, in "Annali di Freniatria e Scienze Affini", vol. 75 n. 1, gennaio-marzo 1962, pp. 16-19. A. D'Alba, S. Dellarovere, E. Pascal, B. Treves, *Risultati dell'impiego in psichiatria di un derivato del Tioxantene: il RO 4-0403*, in "Annali di Freniatria e Scienze Affini", vol. 24-74 n. 2 , giugno 1961, pp. 204-212. G. Gandiglio, G. Gandiglio, E. Pascal, *Sperimentazione clinica di un nuovo farmaco ad azione antidepressiva: RO 4-1575*, in "Annali di Freniatria e Scienze Affini", vol. 75 n. 2, aprile-giugno 1962, pp. 234-243.

[37] Si tenga presente che negli anni Sessanta la ricerca sulla trasmissione sinaptica tra neuroni del sistema nervoso centrale si trovava ancora nelle sue fasi iniziali e che i primi neurotrasmettitori (acetilcolina, noradrenalina, dopamina, serotonina)

Il fatto che durante gli anni Sessanta gli psichiatri manicomiali torinesi sembrassero confermare la loro adesione ad un organicismo di stampo biologico non impedì che all'interno dei manicomi seguitassero ad essere praticati tutti i vecchi metodi di cura: non soltanto quelli che almeno in linea di principio si accordavano abbastanza bene con una visione organicista della psichiatria, come l'elettroshock o l'insulinoterapia, ma anche quelli che se ne distanziavano completamente, come la cosiddetta ergoterapia, o terapia del lavoro.

Nel corso della prima metà del 1800 la terapia occupazionale aveva rappresentato uno dei fondamenti del "trattamento morale" della follia, espressione coniata dallo psichiatra francese Philippe Pinel per designare un complesso di metodi pedagogico-curativi intimamente connessi ad un particolare modo – morale per l'appunto – di concepire la natura dei fenomeni psichici.

Occorre sottolineare al riguardo come le dottrine morali implicassero un rapporto strettissimo e consequenziale tra il problema eziologico e quello terapeutico: dato cioè che l'alienazione mentale era supposta consistere in profonde alterazioni della volontà individuale dovute principalmente all'influenza negativa di fattori sociali[38] – dissolutezza, miseria, dispiaceri, cattive abitudini, vita familiare disordinata – si pensava che alle cure spettasse innanzitutto il compito di allontanare il malato dal suo ambiente di vita, ritenuto potenzialmente patogeno, obbligandolo nel contempo ad un'esistenza rigidamente regolamentata, organizzata e tranquilla. Di qui la codificazione di una terapeutica incardinata sul principio dell'isolamento manicomiale e concepita come una sorta di processo rieducativo che doveva condurre l'alienato al ravvedimento e quindi al conseguente recupero della sua integrità mentale[39].

Nell'ambito delle teorie morali il manicomio era considerato in sé e per sé come strumento di guarigione[40], non solo perché giudicato ca-

erano stati scoperti da poco. Al riguardo si può vedere la voce *Neurotrasmettitori* in: F. Barale, M. Bertani, V. Gallese, S. Mistura, A. Zamperini (a cura di), *Psiche, Dizionario storico di psicologia, psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze*, Einaudi, Torino 2007, vol. II, pp. 743-748.

[38] Robert Castel ha parlato a tale proposito di "prima medicina sociale": «è falso pretendere che – salvo forse all'epoca dell'organicismo trionfante – la medicina mentale abbia trascurato le condizioni storiche e sociali che sono all'opera nella genesi della malattia: al contrario, esse sono la sua preoccupazione costante». R. Castel, *L'ordine psichiatrico: l'epoca d'oro dell'alienismo*, Feltrinelli, Milano 1980, p. 86 (ed. or. *L'ordre psychiatrique: l'*âge d*'or de l'aliénisme*, Les Editions de Minuit, Paris 1976).

[39] Cfr. F. De Peri, *Il medico e il folle: istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico fra Otto e Novecento*, in *Storia d'Italia*, Annali 7, Einaudi, Torino 1984, p. 1069.

[40] Esquirol, il più celebre tra gli epigoni di Pinel, riteneva addirittura che il manicomio, se posto nelle mani di un medico esperto, potesse rappresentare lo strumento terapeutico più efficace contro ogni forma di alienazione mentale. Cfr. J. E. Esquirol,

pace di sottrarre i malati di mente ai «pericoli della vita sociale e delle passioni»[41] ma anche in quanto luogo privilegiato dell'osservazione clinica dei sintomi da parte del medico e della materializzazione di quei principi di carattere morale che si riteneva dovessero essere inculcati al folle per ricondurlo alla ragione e all'equilibrio interiori.

Un ruolo curativo di rilievo – come si è detto – spettava poi al lavoro, in specie a quello agricolo, di cui si apprezzava la capacità di avvicinare l'uomo malato ad un mondo agreste spesso idealizzato come fonte di virtù salutari e come mezzo per ristabilire la naturalità delle passioni.

Teorizzata già da Pinel al principio dell'Ottocento, l'ergoterapia si era ben presto diffusa nella grande maggioranza dei manicomi europei, riuscendo anche a sopravvivere al progressivo declino delle dottrine morali e al parallelo imporsi di approcci di tipo organicista, come quelli del tedesco Wilhelm Griesinger o dei francesi Jean Martin Charcot, celebre per i suoi studi sull'isteria, e Benedict Augustin Morel, padre della teoria ereditaria della "degenerescenza".

Anche a Torino, tra il 1875 e il 1877, con la creazione di una colonia agricola presso la sede ospedaliera di Collegno si era dato corso ad un primo tentativo di organizzazione sistematica del lavoro rurale[42]. Con il passare del tempo, nella zona immediatamente antistante la casa coloniale erano stati poi creati vari laboratori ergoterapici.

Alle soglie degli anni Sessanta in quei laboratori lavoravano centinaia di degenti, impiegati in qualità di materassai, tipografi, falegnami, rilegatori, tessitori, fabbri, decoratori e in altre svariate mansioni di carattere artigianale. Quanto alla colonia, essa era notevolmente cresciuta e le sue attività si erano a poco a poco diversificate: oltre alla coltivazione di grano, di segale e di avena[43], si praticava in quel periodo l'allevamento di suini e di bovini e tutto ciò che ne risultava, dal latte agli insaccati fino alle carni, era usato nelle cucine del manicomio per soddisfare le esigenze alimentari degli oltre quattromila ricoverati.

Le donne prendevano parte all'ergoterapia principalmente come lavandaie o facendo piccoli lavoretti di taglio e cucito che servivano alla produzione di coperte, uniformi, grembiuli, camici, tovaglie, fodere e

Des Maladies Mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal, Paris 1838, tomo II, p. 388.

[41] F. Barale, M. Bertani, V. Gallese, S. Mistura, A. Zamperini (a cura di), *Psiche, Dizionario storico di psicologia, psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze* cit., p. 573.

[42] M. Gillio, *Per una storia del manicomio a Torino e Collegno dall'età carloalbertina alla prima guerra mondiale* cit., pp. 94 e 95.

[43] Ci si può fare un'idea circa le dimensioni di quel fenomeno se si considera che nell'ambito della campagna cerealicola del 1959-60 furono prodotti ben 535 quintali di grano e 25 di segale e che l'avena diede una resa per ettaro pari a circa 29 quintali a fronte di una media nazionale di soli 12-13. Cfr. Archivio Ospedali Psichiatrici di Torino [in seguito AOP TO], *Verbali del consiglio di amministrazione dell'Opera pia ospedali psichiatrici* [in seguito VCAOP], 1960, vol. II, p. 106.

di quant'altro potesse rivelarsi utile in qualche modo al sostentamento dell'istituzione. Pare addirittura che alcune delle merci confezionate dalle malate dell'ospedale di via Giulio venissero poi immesse illegalmente sul mercato e vendute a prezzi ribassati nelle boutique della città[44].

Ma l'aspetto che destava le maggiori preoccupazioni era in realtà un altro: ormai era piuttosto evidente anche agli occhi della direzione sanitaria come proprio a causa dell'ergoterapia molti ricoverati potenzialmente dimissibili finissero invece per restare internati oltre il necessario, «adibiti a lavori dai quali [era] sempre più difficile separarli»[45]. La terapia occupazionale pareva insomma essersi trasformata in un vero e proprio ostacolo alla risocializzazione dei degenti. Il problema rimase insoluto per tutti gli anni Sessanta, tanto che ancora nel dicembre del 1968, in una dettagliata relazione indirizzata al consiglio di amministrazione dell'Opera pia, il direttore sanitario doveva prendere atto di come «l'organizzazione di un'ergoterapia efficiente e centrata su criteri moderni» non avesse incontrato fino a quel punto «una realizzazione decisiva»[46].

I perché di una simile situazione sono difficili a dirsi. Forse non contava solo la gestione poco oculata dell'ergoterapia ma anche le scarse opportunità d'inserimento lavorativo esterno di cui disponevano allora i ricoverati, sia per la mancanza di specifiche tutele legislative sia per il persistere di un diffuso pregiudizio sociale circa la presunta pericolosità dei folli. Senza dimenticare un secondo fattore e cioè la convenienza economica rappresentata, per gli ospedali, dalla possibilità di "trattenere" i malati per impiegarli nella produzione di beni e di servizi che, se acquisiti a prezzo di mercato, avrebbero fatto lievitare in modo imprevedibile i costi assistenziali, mettendo a rischio, probabilmente, persino la sopravvivenza futura dell'istituzione[47].

Con tutto questo non s'intende affermare che la terapia occupazionale avesse solo effetti negativi. Infatti, anche se a lungo andare poteva rivelarsi un freno al reinserimento in società, a breve termine essa garantiva ai degenti qualche indubbio beneficio: un po' di denaro e soprattutto, dal momento che diverse attività ergoterapiche si svolgevano al di là delle mura di cinta, maggiori opportunità di muoversi per i reparti e di uscire dall'ospedale, sottraendosi così, almeno per qualche ora, alla monotona routine della vita manicomiale.

[44] Colloquio dell'autore con il dottor Annibale Crosignani in data 3 marzo 2007.

[45] D. De Caro, *L'Ospedale psichiatrico, oggi e domani*, in "Annali di Freniatria e Scienze Affini", vol. 24-74 n. 2, giugno 1961, p. 233.

[46] OO.PP. di Torino, Direzione sanitaria, *Progetto per la ristrutturazione degli Ospedali psichiatrici di Torino secondo i moderni indirizzi dell'assistenza e le nuove disposizioni legislative*, Torino dicembre 1968, p. 17.

[47] Ciò non significa che i manicomi torinesi costituissero un sistema economico chiuso e autosufficiente. C'erano invece rapporti frequenti e di varia natura con un discreto numero di imprese esterne e nel complesso quella manicomiale sembrava essere una realtà economicamente ben integrata sul territorio.

Prevenire o escludere?

Le origini del Centro d'igiene mentale di Torino

Nonostante la riforma statutaria del 1909 le avesse attribuito il diritto a nominare la maggioranza del consiglio di amministrazione dell'Opera pia, negli anni successivi la Provincia non riuscì quasi mai ad «interferire in maniera organica e decisiva sulle scelte amministrative e tecniche»[48] dell'ente assistenziale e il suo ruolo in campo psichiatrico restò sostanzialmente limitato al pagamento delle rette manicomiali, così com'era stato disposto dalla «legge comunale e provinciale» del marzo 1865. Persino negli edifici di sua proprietà – Savonera e Grugliasco – non le fu mai possibile assumersi alcuna responsabilità gestionale diretta, non solo per la pochissima esperienza maturata in passato nel settore psichiatrico, ma soprattutto per la mancanza delle risorse umane e scientifiche necessarie a tale compito.

Nel torinese si era così venuta a creare una situazione di monopolio assistenziale che la Provincia fu in grado di modificare soltanto nel 1958, mediante la creazione di una nuova rete di servizi psichiatrici, denominata Centro d'igiene mentale, con funzioni di «diagnosi precoce», di «cura dei fenomeni psicopatici non caratterizzati da pericolosità sociale o comunque non suscettibili di trattamento ospedaliero» e di «assistenza ai dimessi dagli Ospedali psichiatrici»[49]. Perlomeno dal punto di vista delle finalità, il CIM non si poneva dunque in concorrenza immediata con i manicomi ma mirava piuttosto a integrarne l'attività agendo su un versante rimasto fino ad allora quasi del tutto scoperto: quello della profilassi e della riabilitazione. C'era inoltre la concreta speranza che un'organizzazione di carattere extra-ospedaliero così concepita potesse garantire, in prospettiva, maggiori possibilità di guarigione per i disturbi psichici in fase iniziale e quindi anche una diminuzione dei potenziali "clienti" del manicomio, con un conseguente risparmio per le finanze provinciali[50].

Strutture simili al CIM torinese esistevano già in gran parte del territorio nazionale. Molte di esse erano state create verso la fine degli anni i Venti su impulso della LIPIM, la Lega italiana d'igiene e di profilassi mentale, associazione costituitasi a Bologna nell'ottobre del 1924 con

[48] Archivio Generale della Provincia di Torino [d'ora in poi AGP TO], categoria 5, classe 07, fascicolo 1, «relazione riservata sull'assistenza agli infermi di mente nella provincia di Torino: rapporti fra la Provincia e l'Opera pia Ospedali Psichiatrici», p. 9.

[49] "Regolamento del Servizio provinciale di assistenza psico-medico-sociale", art. 1. Deliberazione 29 marzo 1960 n. 8-6569 approvato dalla GPA il 21 giugno 1960 n. 29656/3298.

[50] Cfr. AGP TO, *Verbali del Consiglio Provinciale* [d'ora in poi VCP], 1957, vol. III, p. 1 sgg.

l'obiettivo appunto di «promuovere [...] l'istituzione di dispensari per la diagnosi precoce e cura ambulatoria dei predisposti alle malattie nervose e mentali»[51]. Il programma espresso dalla LIPIM, nella quale militavano autorevoli esponenti del movimento eugenetico italiano, aveva preso le mosse dalla constatazione del fallimento terapeutico dell'ospedale psichiatrico – considerato incapace di individuare tempestivamente i sintomi della malattia mentale – proponendo in alternativa un modello d'intervento nel quale all'assistenza di tipo manicomiale si affiancassero iniziative ispirate al concetto di prevenzione, le sole ritenute in grado di contrastare, nel lungo periodo, la progressiva "degenerazione della razza".

A distanza di trent'anni da quelle prime esperienze, il CIM di Torino – come si è visto – traeva ancora dalla profilassi la sua principale ragion d'essere. Dal punto di vista amministrativo, esso era posto alle dirette dipendenze della Provincia, che ne aveva fortemente voluto la costituzione sia per le ragioni economiche cui si è accennato sia per il sincero convincimento che le cure, per risultare efficaci, dovessero essere «praticate in fase precoce», quando il malato era ancora «apparentemente sano». Un convincimento dietro il quale non si celava più, naturalmente, alcun progetto politico-sanitario di matrice eugenetica.

Uno sviluppo impetuoso: il CIM negli anni Sessanta

Il Centro d'igiene mentale fu reso operativo a partire dal maggio del 1958. All'inizio, il personale in organico era composto soltanto da due medici, da uno psicologo, da otto fra assistenti sociali e "assistenti sanitarie visitatrici" e da un direttore sanitario, carica per la quale era stato designato il dott. Angelo Lusso, neuropsichiatra infantile e libero docente in clinica delle malattie nervose e mentali. A dispetto della relativa scarsità di risorse, il CIM dimostrò da subito una marcata tendenza espansiva quanto al numero delle prestazioni erogate. Come si evince dalla tabella sottostante, infatti, esse erano salite dalle 3.783 del primo anno alle 21.510 del 1960, per assestarsi grosso modo su quell'ordine di grandezza fino al 1963 e poi aumentare ancora fino alle quasi 50.000 del 1965.

[51] *Costituzione della Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale. Resoconto ufficiale della seduta inaugurale.* Bologna 19 ottobre 1924, in "Difesa Sociale", II, novembre 1924, citato in: F. Cassata, *Molti, Sani e Forti. L'eugenetica in Italia*, Bollati Boringhieri, Torino 2006, p. 126.

	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965
Totale annuale Prestazioni	3.783	13.165	21.510	23.230	23.167	25.092	40.857	48.987
Totale annuale Malati	869	1.364	2.395	3.585	4.474	4.809	5.462	5.680
Media prestazioni per malato	4	9,6	8,9	6,4	5,1	5,3	7,5	8,8

TABELLA 2: prestazioni erogate dal CIM tra il 1958 e il 1965[52]

Sotto la voce "prestazioni" cadeva in realtà un insieme piuttosto eterogeneo di servizi, tra cui visite domiciliari, esami psicologici, elettroencefalografici ed elettrocardiografici, iniezioni, sessioni di psicoterapia individuale e di gruppo, lezioni di psicomotricità e addirittura trattamenti oculistici. Il tutto rivolto a una massa crescente d'individui. Nel 1965 – si veda per questo ancora la Tabella 2 – i soggetti assistiti dal CIM furono più di 5.500, dei quali solo una minima parte era stata ricoverata in precedenza negli Ospedali psichiatrici. Per il resto si trattava di persone prive di trascorsi manicomiali, affidate al Centro da enti d'assistenza vari, dalle mutue, dal Tribunale minorile o dalle forze di pubblica sicurezza[53].

Per far fronte ad una tale incessante crescita delle richieste d'intervento, il CIM dovette presto dotarsi di una rete capillare di ambulatori entro cui poter espletare in modo adeguato le proprie funzioni di prevenzione a vasto raggio. Oltre alla sede centrale di via Giovanni da Verrazzano a Torino, furono così aperti altri sei dispensari periferici, situati in luoghi considerati «topograficamente adatti per la convergenza di mezzi

[52] Fonte: Provincia di Torino, *L'assistenza psichiatrica extraospedaliera*, 1966. Si veda anche AGP TO , Categoria 5, classe 07, fascicolo 2, «relazione sull'attività dell'assessorato all'assistenza agli infermi di mente, ciechi e sordomuti e all'istruzione professionale dei minorati bisognosi».

[53] Cfr. A. Lusso, *Sintesi di 3 anni di funzionamento del Servizio di Assistenza*, in "Minerva Medicopsicologica", Edizioni Minerva Medica, Torino, vol. 2 n. 2, aprile-giugno 1961, pp. 43-44.

di comunicazione»[54], come Chieri, Pinerolo, Ivrea, Susa, Torre Pellice e Pont Canavese. C'erano poi due Centri di lavoro protetto, nei quali persone con un'età compresa tra i 16 e i 65 anni – ex-degenti dei manicomi, insufficienti mentali lievi o anche solo soggetti "difficili" segnalati dalle famiglie di appartenenza – venivano avviate con scopi riabilitativi e risocializzanti ad attività di lavoro di «tipo prevalentemente artigianale»[55]. La sede maschile era collocata «in un ampio appezzamento di terreno soleggiato, in pianura, ai margini della città» e comprendeva «un edificio con mensa e soggiorno, una serra [...], coltivazioni varie, laboratori di falegnameria, tipografia, legatoria, [...] uffici e ambulatori»[56]; quella femminile si trovava invece in un grande fabbricato e vi si svolgevano «lavori di cucito, tessitura, lavatura con macchina, stiratura, ricamo, magazzinaggio e maglieria»[57]. Sebbene in quei Centri si praticasse, stando almeno alle dichiarazioni dei responsabili, una forma di «lavoro *per il paziente* quale ergoterapia e non a scopo di produzione»[58], molti dei beni che vi venivano realizzati trovavano in seguito un impiego concreto in diverse attività gestite dalla Provincia: la cartellonistica segnaletica, tanto per fare un esempio, era usata nella manutenzione delle strade mentre i capi da "corredo", lenzuola, divise, asciugamani, federe e così via, servivano a rifornire istituti di ricovero, ospedali ed enti di assistenza. Per i pazienti era anche previsto un salario di modesta entità, che poteva variare dalle 700 alle 1.000 lire al giorno, integrato dai pasti e dalle assicurazioni INPS e INAIL, entrambe a carico dell'amministrazione provinciale. Tra il 1958 e il 1965 si avvicendarono al lavoro protetto poco meno di 390 persone, 124 delle quali poterono essere avviate ad occupazioni esterne; le restanti, ad eccezione di quelle ancora in forza nel 1965, furono riaccolte in famiglia o dovettero rientrare in manicomio per l'aggravarsi delle loro condizioni psicofisiche o perché incorse in episodi recidivanti.

Al Centro d'igiene mentale facevano inoltre capo un istituto di addestramento professionale femminile, un servizio specializzato per la prevenzione dei suicidi, un «centro etilisti», in realtà poco più di una mensa, peraltro funzionante a «regime ridotto», i tre reparti neuropsichiatrici presenti negli ospedali civili di Ivrea, Pinerolo e Chieri nonché, infine, alcune comunità alloggio per ragazzi con disturbi psichici, insufficienza mentale o problemi caratteriali[59].

[54] Provincia di Torino, *L'assistenza psichiatrica extraospedaliera* cit., p. 1.

[55] A. Lusso, A. Cera Morbilli, *Esperienze di lavoro nei Centri di lavoro protetto*, in "Minerva Medicopsicologica", vol. 7 n. 1, gennaio-marzo 1966, p. 27.

[56] Provincia di Torino, *L'assistenza psichiatrica extraospedaliera* cit., p. 18.

[57] *Ibidem*.

[58] *Ibidem*.

[59] Cfr. AGP TO, Categoria 5, Classe 03, Fascicolo D1-445, «relazione sulla comunità alloggio di via Sostegno».

Il circuito dell'emarginazione: CIM e medicina scolastica

Si è accennato più volte alle finalità preventive con cui era nato il CIM. Fu proprio per tale sua vocazione alla profilassi che il Centro venne presto chiamato ad occuparsi dei servizi di medicina scolastica. Già nel 1958, infatti, la Provincia gli affidò il compito di effettuare una serie di indagini nelle scuole elementari, allo scopo di individuare gli alunni con «scolarità insufficiente» o con anomalie psico-intelletive e di favorirne il recupero attraverso l'adozione di «provvedimenti assistenziali vagliati per ogni singolo caso»[60].

Le indagini si articolavano di norma in più fasi nettamente distinte: in primo luogo, alle varie Direzioni didattiche provinciali venivano inviati appositi moduli ideati dal dott. Lusso, per mezzo dei quali i maestri dovevano comunicare al Centro le «note salienti della personalità degli allievi con riscontrato insuccesso scolare»[61]. Successivamente, uno psicologo somministrava a tutti i bambini segnalati un «test mentale di livello» mentre gli assistenti sociali procedevano, mediante un colloquio con i familiari, alla raccolta dei dati «anamnestici, ambientali e personali». Le informazioni così ottenute venivano poi valutate e usate come base per una relazione finale, cui seguivano, se ritenuti necessari, ulteriori accertamenti di carattere diagnostico. Il laborioso procedimento terminava con un "consiglio" agli insegnanti circa l'indirizzo scolastico da dare agli allievi: a seconda dei deficit intellettivi riscontrati poteva essere suggerito l'affidamento a classi differenziali, a classi speciali o a istituti ortofrenici[62].

Verso la fine del 1966 il CIM aveva potuto esaminare circa 9.100 minori. In più del 10% dei casi era stata diagnosticata un'insufficienza mentale «di vario grado» ed era stato proposto l'inserimento in istituzioni medico-educative specializzate. Per la precisione, 366 bambini erano stati assegnati alle classi speciali a orientamento montessoriano sorte a partire dal 1958 e presenti in quel periodo in 11 comuni della provincia[63], come dimostra la tabella 3, mentre un numero ancora superiore era stato affidato ad istituti a convitto permanente o a seminternato, nei quali risultavano ricoverati, nel dicembre del 1966, 1.156 ragazzi. Qui non è però possibile stabilire con certezza quanti di quei 1.156 ri-

[60] Provincia di Torino, *L'assistenza psichiatrica extraospedaliera* cit., p. 5.

[61] AGP TO, Categoria 5, Classe 03, Fascicolo D1-445, «commissione igiene e sanità per lo studio dell'assistenza psichiatrica in provincia di Torino, relazione senza titolo» (1968), p. 7.

[62] Cfr. A. Lusso, *Indagini annuali sistematiche eseguite sulle scolaresche delle prime classi elementari della provincia di Torino*, in "Minerva Medicopsicologica", vol. 1 n. 1, settembre 1960.

[63] Archivio Storico del Comune di Torino [di seguito ASC TO], *Fondo Ente Comunale di Assistenza*, Cartella 1060, Fascicolo 10, «riassunto dello studio "prospettive per l'apertura di un istituto neuropsicopedagogico provinciale"».

coveri fossero stati consigliati direttamente dal CIM. Dalla tabella 4 si nota tuttavia un rilevante incremento delle presenze negli anni successivi all'entrata in funzione del Centro (maggio 1958).

Nel 1968 le classi speciali istituite dalla Provincia erano addirittura aumentate, passando dalle 39 del 1966 a più di 50. Così si esprimeva al riguardo la Commissione provinciale per l'assistenza psichiatrica: «un intero complesso di strutture e di servizi del Centro psico-medico-sociale (il CIM) è dedicato al settore, sempre più vasto e socialmente importante, della neuropsichiatria infantile [...]. Nell'anno 1967 la Provincia di Torino è giunta a disporre provvidenze per ben 1.825 minori insufficienti mentali o subnormali [...]. Si è così giunti ad affidare un sempre maggior numero di [bambini] ad istituti medico-pedagogici convenzionati [...] e quindi controllati e guidati nell'impostazione dal Servizio psico-medico-sociale. E si è pure giunti ad avviare un numero di minori sempre crescente alle classi speciali diurne, promosse e sorrette in ogni possibile modo dalla Provincia, che formano ormai una rete molto estesa»[64].

Se oltre alle classi speciali si prendono in considerazione anche quelle differenziali, allora la tendenza ad un incremento numerico costante appare ancora più evidente. In base ai dati del Provveditorato agli Studi, infatti, le classi differenziali e speciali della provincia di Torino erano salite da 64 a 490 in appena cinque anni – dal dicembre 1964 all'anno scolastico 1969/70 – con un aumento superiore al 760%[65]. Esse accoglievano complessivamente il 3,5% di tutti gli alunni delle scuole elementari, con picchi che in alcune zone periferiche del capoluogo sfioravano il 20%. C'erano però anche nove Direzioni didattiche nelle quali tutti gli iscritti risultavano frequentare classi ordinarie: ben sei avevano sede in centri agricoli di piccole dimensioni, come Azeglio e Settimo Vittone, mentre soltanto tre si trovavano a Torino (tra cui il liceo classico Alfieri, uno dei più prestigiosi della città).

Il disadattamento scolastico, in definitiva, pareva essersi concentrato da un lato nelle aree suburbane torinesi, dov'era molto forte la presenza di popolazione immigrata, e dall'altro lato in alcuni comuni della cintura, specialmente in quelli interessati, nel corso degli anni Sessanta, da un intenso sviluppo demografico e nel cui territorio «erano situati importanti impianti industriali»[66] (a Settimo gli alunni inseriti in classi

[64] Archivio privato del dottor Annibale Crosignani (di seguito APC) «commissione provinciale per l'assistenza psichiatrica, relazione della sottocommissione giuridico-assistenziale».

[65] Circolare del Provveditorato agli Studi di Torino n. 489 prot. n. 11042 del 22 novembre 1969, citata in *Come si emarginano gli alunni nella provincia di Torino*, in "Prospettive Assistenziali", Torino, ottobre-dicembre 1972, n. 20.

[66] S. Musso, *Il lungo miracolo economico. Industria economia e società (1950-70)*, in *Storia di Torino, IX, Gli anni della Repubblica*, Einaudi, Torino 1999, p. 62.

speciali e differenziali erano quasi il 5%, a Venaria il 9,5%). Un disadattamento che non era però legato soltanto alla minorazione psichica. Infatti, se le classi speciali dovevano essere riservate, secondo quanto disposto dalla legge, ai soggetti con «anormalità somatopsichiche», la frequenza di quelle differenziali era aperta anche ai bambini «ipodotati intellettuali non gravi o con anomalie del comportamento»[67]. È quasi superfluo sottolineare come criteri del genere potessero comprendere in pratica qualsiasi tipo di patologia organica e le più diverse forme di riottosità e di ribellismo giovanili; d'altro canto neppure l'amministrazione provinciale aveva mai fatto mistero di come la maggior parte dei minori ospitati in istituto vi si trovasse non tanto per via di specifici disturbi intellettivi o psicologici quanto per il fatto di appartenere a nuclei familiari composti da immigrati e considerati, forse proprio per questo, di «carente estrazione socio-ambientale»[68] o incapaci di fornire «sufficienti garanzie» sul piano educativo.

Così non è forse un caso se nella provincia di Torino l'eccessiva presenza di bambini figli d'immigrati, in particolare meridionali, all'interno delle classi speciali e differenziali finì col diventare, alle soglie degli anni Settanta, uno degli argomenti chiave contro quel modello d'istruzione. Per il momento, tuttavia, niente di tutto ciò era ancora nell'aria; anzi, nel maggio del 1968 il CIM era giunto addirittura a manifestare l'esigenza di potenziare i propri dépistages attraverso l'adozione di strumenti d'indagine che consentissero di monitorare non solo i bambini ma persino le madri e fin dalla gravidanza, in modo tale da poter individuare i futuri disturbati psichici ben prima che l'obbligo scolastico li rendesse disponibili per accertamenti sistematici[69]. Un progetto ambizioso ma destinato, come vedremo, a rimanere incompiuto.

[67] D.P.R. 22 dicembre 1967 n. 1518, "Regolamento per l'applicazione del titolo III del D.P.R. 11 febbraio 1961 n. 264 relativo ai servizi di medicina scolastica", art. 30. In precedenza, per l'assegnazione degli alunni alle classi speciali e differenziali si era fatto riferimento a due circolari del Ministero della Pubblica Istruzione: la n. 4525 del 9 luglio 1962, "Scuole speciali e classi differenziali", e la n. 934 del 2 febbraio 1963, "Funzionamento delle scuole elementari speciali e delle classi differenziali".

[68] Provincia di Torino, *L'assistenza psichiatrica extraospedaliera* cit., p. 43.

[69] Commissione igiene e sanità per lo studio dell'assistenza psichiatrica in provincia di Torino, *Relazione senza titolo* cit., p. 6.

Comune	Numero di classi	Frequentanti
Venaria	5	48
Pinerolo	5	35
Moncalieri	5	45
Rivoli	4	39
Chieri	4	40
Settimo Torinese	4	37
Grugliasco	4	40
Luserna San Giovanni	3	34
Ivrea	2	22
Carmagnola	2	15
Villar Perosa	1	11
		Totale 366

TABELLA 3: alunni frequentanti le classi speciali montessoriane della provincia di Torino alla fine del 1966

Data	Presenze
Al 31 dicembre 1952	57
Al 31 dicembre 1953	47
Al 31 dicembre 1958	369
Al 31 dicembre 1962	775
Al 9 luglio 1963	965
Al 31 dicembre 1964	1.021
Al 30 giugno 1965	1.083
Al 31 dicembre 1966	1.156

TABELLA 4: minori ricoverati in istituti a spese della Provincia di Torino dal 1952 al 1966

Scandali e progetti di riforma

I manicomi italiani? «Bolge dantesche»

Terminata la Seconda guerra mondiale, all'interno degli ospedali psichiatrici italiani si ripropose in termini ancor più marcati che in passato la tendenza a un incremento costante della popolazione ricoverata. Le degenze annuali – date dalla somma dei presenti al primo gennaio e dagli entrati nel corso dell'anno – passarono dalle 122.660 del 1955 alle 170 mila circa del 1965, senza che nello stesso arco di tempo la rete ospedaliera nazionale subisse alcun adeguamento strutturale di rilievo. A metà degli anni Sessanta la disponibilità di posti letto risultava ancora di gran lunga inferiore a quella di quasi tutti i paesi dell'Europa occidentale: essa, infatti, era pari a 1,78 posti ogni 1.000 abitanti, a fronte dei 3,45 dell'Inghilterra, dei 3,34 della Svizzera e dei 4,35 della Svezia. In Italia persistevano inoltre evidenti squilibri di carattere geografico. Nelle regioni del Sud il quoziente dei posti letto per mille abitanti raramente superava la cifra di 1,5 mentre al Centro e al Nord esso era quasi sempre superiore a 2, con picchi di 2,87 in Toscana e di 3,28 in Friuli Venezia Giulia. C'erano poi ben 29 province e due regioni – Basilicata e Valle d'Aosta – del tutto sprovviste di ospedali psichiatrici[70].

Una situazione che appare ancor più deficitaria se si considera come fosse proprio il manicomio a rappresentare il centro dell'assistenza psichiatrica italiana del periodo. Se all'estero – in Francia con il settore, in Inghilterra con il movimento delle comunità terapeutiche di Maxwell Jones, negli Stati Uniti con i *Community Mental Health Centers* – si era tentato, a partire dal secondo dopoguerra, di proporre modelli assistenziali più "aperti" o addirittura di tipo territoriale, cioè fondati anche su servizi e strutture extraospedaliere, in Italia le poche esperienze del genere erano sorte in ritardo e soprattutto per effetto di iniziative isolate, sviluppatesi nella più totale assenza di una programmazione politico-sanitaria globale. Persino la presenza dei Centri d'igiene mentale, di cui alcune province si erano dotate nel corso del tempo, non era espressamente prevista dalle norme di legge allora vigenti. Infatti, a differenza di quanto si era verificato altrove[71] negli anni successivi alla fine della guerra, in Italia non era stato possibile, nonostante le proposte concrete in tal senso non mancassero, pervenire a una sia pur parziale revisione del quadro legislativo di riferimento in materia di assistenza psichia-

[70] I dati si trovano in G. Giannelli, V. Raponi (a cura di), *Libro Bianco sulla Riforma Ospedaliera*, supplemento del *Notiziario dell'Amministrazione Sanitaria*, Dicembre 1965, p. 191.

[71] Modifiche alla legislazione psichiatrica erano state apportate in Australia, Canada, Egitto, Inghilterra, Finlandia, Francia, Germania, Irlanda, Giappone, Messico, Nuova Zelanda, Norvegia, Portogallo, Svezia, Svizzera e USA.

trica, che rimaneva pertanto quello approvato al principio del secolo e completamente centrato sullo strumento del ricovero manicomiale coatto.

Anche sul piano culturale, va rilevato come per tutti gli anni Sessanta l'orientamento dominante all'interno della psichiatria italiana fosse rimasto grosso modo quello di derivazione organicista. La diffusione delle dottrine freudiane – che peraltro, almeno nella loro versione ortodossa, sottendevano una visione della malattia mentale non troppo diversa da quella insita negli approcci biologici e organicisti, vale a dire sostanzialmente astorica, individuale e naturalistica – era stata a lungo frenata dall'opposizione delle gerarchie ecclesiastiche e del regime fascista; un'opposizione culminata, nel 1934, con la soppressione della Rivista Italiana di Psicoanalisi, fondata due anni prima dall'ebreo triestino Edoardo Weiss, costretto a sua volta ad emigrare negli Stati Uniti nel 1939, dopo l'emanazione delle leggi razziali[72]. La *Psicopatologia Generale* di Karl Jaspers, testo cardine della psichiatria fenomenologica e antipositivista, era stato tradotto in italiano soltanto nel 1964, ad oltre mezzo secolo dall'uscita dell'originale (1913). Prima della pubblicazione da parte di Einaudi del volume di Hollingshead e Redlich, *Classi Sociali e Malattie Mentali*, anche la psichiatria sociale era, per usare le parole di Giovanni Jervis, che di quel libro aveva curato la prefazione, «poco praticata e poco nota»[73]. Eppure si trattava di un indirizzo di ricerca assai fecondo, che aveva prodotto, a partire dalle inchieste epidemiologiche di Faris e Dunham sulla distribuzione della schizofrenia a Chicago verso la fine degli anni Trenta, una mole non trascurabile di contributi, concorrendo a far maturare un'attenzione via via più forte nei confronti dei rapporti tra disturbi psichiatrici e fattori ambientali.

In quel periodo, tuttavia, l'interesse degli psichiatri ospedalieri italiani sembrava essersi orientato con decisione, piuttosto che su questioni dottrinali e teoriche, verso la rivendicazione di una riforma del settore manicomiale, come se il tanto auspicato rinnovamento del costume

[72] Sulla ricezione della psicologia e della psicanalisi nella cultura italiana si può vedere il volume di L. Mecacci, *Psicologia e Psicoanalisi nella cultura italiana del Novecento*, Laterza, Roma - Bari 1998 (prima edizione in C. Stajano (a cura di), *La cultura italiana del Novecento*, Laterza, 1996). Il libro presenta inoltre un interessante resoconto della posizione del Partito Comunista italiano nei confronti di quelle discipline. Un testo più datato ma ancora fondamentale resta quello di M. David, *La psicanalisi nella cultura italiana*, Boringhieri, Torino 1970. Qualche informazione anche in R. Perron, *Storia della psicanalisi*, Armando Editore, Roma 1997 (ed. originale *Histoire de la psychanalyse*, Presses Universitaires de France, Paris 1988). Si tenga presente, infine, che nel 1923 anche la Società Freniatrica Italiana aveva preso posizione contro le tesi di Freud. Cfr. al riguardo gli *Atti del Congresso di Roma*, in "Rivista Sperimentale di Freniatria", 1924.

[73] G. Jervis, *Introduzione* a: A. B. Hollingshead, F. C. Redlich, *Classi sociali e malattie mentali*, Einaudi, Torino 1965, p. LV (ed. or. *Social class and mental illness*, Wiley, New York 1958).

psichiatrico nazionale dovesse per forza di cose comportare, prima ancora che un processo di riqualificazione tecnica e di aggiornamento culturale degli addetti ai lavori, una preliminare modificazione degli assetti istituzionali consolidati. Quasi non si contano le tavole rotonde, i convegni, i dibattiti organizzati su quel tema a cavallo tra la fine degli anni Cinquanta e l'inizio del decennio seguente, spesso proprio su impulso degli psichiatri ospedalieri, che dal 1959 si erano riuniti nell'AMOPI, l'Associazione medici delle organizzazioni psichiatriche italiane. Ma se l'inadeguatezza della legislazione giolittiana era già stata sottolineata a più riprese da molti autorevoli alienisti degli anni Dieci e Venti[74], a quel punto ad alimentare il malumore dei medici si andavano aggiungendo anche i sempre più frequenti episodi di cronaca che si verificavano all'interno dei manicomi italiani e che immancabilmente finivano per esporre tutto il sistema assistenziale alle critiche aspre e sovente generalizzate della stampa e del mondo politico. Tra l'estate e l'autunno del 1965 il ravvicinato susseguirsi di avvenimenti drammatici con degenti psichiatrici come protagonisti assunse addirittura la forma di una vera e propria escalation. Il 27 luglio venivano arrestati due medici e un infermiere del manicomio di Perugia con l'accusa di omicidio colposo nei confronti di un paziente epilettico deceduto dopo essere rimasto per oltre trenta ore legato al letto di contenzione. Il 7 ottobre la "Gazzetta del Popolo" denunciava «ammanchi per milioni» nel magazzino farmaceutico e nelle dispense dell'ospedale di Voghera. Due giorni dopo, per effetto di iniezioni cardiotoniche praticate con medicinali poi risultati scaduti, morivano nel manicomio di Bergamo otto anziane ammalate. C'erano poi anche fatti al limite del grottesco, trame quasi da commedia verrebbe da dire, se non fosse che gli interpreti del caso erano persone in carne ed ossa, vittime reali di "cospirazioni domestiche", dell'invidia di amici, di semplici conoscenti o di colleghi di lavoro; ma, soprattutto, dell'eccessiva leggerezza che le autorità competenti dimostravano, in varie circostanze, nel disporre l'internamento manicomiale, complice anche una legislazione in materia assai più votata alla protezione della società dai presunti pericoli della follia che non alla tutela delle esigenze sanitarie dei malati. Al riguardo il settimanale «L'Espresso» usciva il 5 dicembre 1965 con un articolo ad effetto: «a Napoli – recitava il titolo – la magistratura ha accertato che è molto facile far rinchiudere i sani di mente in manicomio». Il testo, poi, presentava tutto un campionario d'individui che, malgrado la loro integrità psichica, erano stati internati per le più strampalate motivazioni: c'era l'anziana signora dai modi

[74] Così, ad esempio, si erano espressi al riguardo Tanzi e Lugaro: «la legge del 1904, elaborata da Giolitti, più che gl'interessi degli alienati sembra avere a cuore l'avarizia o l'ingordigia delle amministrazioni pubbliche e degli speculatori privati». In E. Tanzi, E. Lugaro, *Trattato delle malattie mentali*, Società Editrice Libraria, Milano 1916, p. 818.

un po'austeri incapace di accettare la relazione della figlia con un uomo sposato e di vent'anni più grande; c'era il commerciante accusato dai concorrenti del negozio di fronte di soffrire di manie persecutorie e di «dare in escandescenze»; c'era la madre «petulante» invisa alla prole per questioni di eredità; c'era il mercante di stoffe sospettato dai vicini di casa d'intenzioni omicide nei confronti della moglie. Tutte vicende, insomma, con al centro persone comuni, e che proprio per questo dovevano servire a dimostrare, nelle intenzioni del giornale, quanto le inefficienze del sistema psichiatrico italiano, in mancanza di una riforma immediata dell'intero settore, avrebbero potuto ripercuotersi negativamente sulla vita di ogni singolo cittadino, compresi coloro che, come i personaggi dell'articolo, erano o si reputavano «sani di mente».

A dire il vero un progetto concreto di riforma esisteva già. Era stato presentato il 23 luglio del 1965 al Presidente del Consiglio Aldo Moro dal ministro della sanità, il socialista Luigi Mariotti, autore anche di uno schema di disegno di legge per la riorganizzazione degli ospedali generali, la cui oggettiva situazione di crisi, segnalata dagli organi d'informazione con frequenza e intensità crescenti fin dalla fine della Seconda guerra mondiale[75], appariva ora ancor più evidente soprattutto alla luce del processo di modernizzazione economica vissuto dal paese negli anni non lontani del boom. Cardine della riforma era il trasferimento degli ospedali e degli ambulatori dalle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza agli Enti ospedalieri, soggetti di diritto pubblico prima inesistenti e che si era stabilito dovessero essere dotati di consigli di amministrazione nominati dalle Regioni, dalle Province e dai Comuni. Lo schema di legge sugli ospedali psichiatrici non prevedeva invece la creazione di alcun nuovo ente, trovandosi la maggior parte dei manicomi italiani già sotto il controllo diretto delle amministrazioni provinciali. Non mancavano tuttavia elementi di grande novità, tra cui l'obbligo per le Province di «istituire e mantenere appositi servizi di igiene e profilassi mentale», l'introduzione del ricovero volontario, la sostituzione del casellario giudiziario con l'anagrafe psichiatrica, il ridimensionamento dei manicomi ad un massimo di 500 posti letto e, infine, l'abrogazione della vecchia normativa del 1904.

Il 20 settembre del 1965, intervenendo ad un convegno milanese dell'Associazione italiana volontari del sangue, il Ministro Mariotti così spiegava le ragioni della riforma: «esistono ospedali psichiatrici dove il medico la mattina va a sentire dalla suora se c'è qualcosa di nuovo e poi sparisce. Abbiamo oggi degli ospedali psichiatrici che somigliano a veri e propri lager germanici, a [...] delle bolge dantesche. I malati di mente [...] sono considerati uomini irrecuperabili e sono anche schedati [...] nel casellario giudiziario presso il Tribunale, come se fossero rei comu-

[75] Cfr. G. Giannelli, V. Raponi (a cura di), *Libro Bianco sulla Riforma Ospedaliera* cit., pp. 19-105.

ni. Bisogna introdurre in questo mondo degli elementi che stabiliscano un rapporto nuovo tra malato e medico [...] . Per questo abbiamo presentato una legge sulla riforma degli ospedali psichiatrici, la cui regolamentazione risale [ad una normativa] del 1904, [...] in base alla quale si considera il malato di mente come [...] una minaccia per la società»[76].

La risposta dell'AMOPI a quelle dichiarazioni non si fece attendere troppo a lungo. Nel marzo del 1966, attraverso un supplemento alla rivista ufficiale dell'associazione, il «Bollettino», veniva proposta una serie di modifiche e di emendamenti alla legge e si precisava la posizione degli iscritti di fronte alla questione della riforma. Alla soddisfazione per lo spirito d'iniziativa dimostrato dal senatore Mariotti si mescolava però un certo risentimento per le polemiche seguite al convegno dell'AVIS:

> I medici degli ospedali psichiatrici italiani – si legge nell'editoriale di apertura – che per due generazioni hanno chiesto invano [una nuova] legislazione psichiatrica, hanno trovato finalmente un Ministro che si è reso conto di questa urgenza e che è riuscito a suscitare l'attenzione dell'opinione pubblica. Ma noi medici non siamo d'accordo sui metodi che sono stati usati per ottenere questa attenzione e riteniamo che tra le motivazioni addotte per segnalare la necessità di una nuova legge, alcune siano non pertinenti, altre presentate con tendenziosità: la denuncia di deficienze che dipendono da reati di singoli o da inosservanza delle leggi comuni, la generalizzazione di sporadici episodi o di situazioni locali, le critiche espresse con coloriture terrificanti e spinte sul filo della diffamazione. Se il Ministro ha ritenuto che solo con questo stile fosse possibile smuovere le acque stagnanti dell'opinione pubblica e stimolare la pigrizia dei legislatori, certamente avrà avuto le sue ragioni. Noi non siamo politici e non siamo in grado di capire tutte le ragioni dei Ministri: non possiamo quindi esimerci dal manifestare la nostra meraviglia ed il nostro dissenso per questo costume [...]. E non accettiamo [...] che qualcuno fraintenda o finga di fraintendere il nostro atteggiamento critico, suggerendo nei nostri confronti il sospetto – come troppo spesso si usa in Italia verso gli oppositori – di essere reazionari, conservatori di privilegi, arroccati in una corporativistica difesa di prestigi e tradizioni. E con ancor maggiore decisione ci ribelleremmo a chi tentasse in qualche modo di strumentalizzare, per più o meno scoperti fini di immobilismo o di freno, questa nostra posizione di responsabile e meditata critica[77].

Nonostante le polemiche, un dialogo tra politici e tecnici sulla trasformazione dell'assistenza psichiatrica era stato finalmente aperto

[76] G. Giannelli, V. Raponi (a cura di), *Libro Bianco sulla Riforma Ospedaliera* cit., p. 178.

[77] E. Balduzzi, M. Barucci, G. Zeloni (a cura di), *Tecniche e Costume del Rinnovamento Psichiatrico*, Supplemento al "Bollettino dell'AMOPI", Stabilimento Grafico Commerciale, Firenze, anno IV, n. 2, marzo 1966, pp. 5-7.

e con il passare del tempo le diffidenze reciproche dovevano lasciar spazio a una sempre maggiore cooperazione. Anche se a quel punto la strada verso l'approvazione definitiva della legge era ancora lunga, nell'immediato la prospettiva di un qualche mutamento a livello legislativo, unita alla maggiore attenzione dei media sull'argomento, fece da pungolo per l'intero sistema, portando alcune amministrazioni provinciali a rinnovare, spesso solo superficialmente, le strutture di ricovero esistenti o, come nel caso di Torino, a riconsiderare frettolosamente vecchi progetti di edificazione manicomiale.

Un compromesso politico

La guerra aveva lasciato segni profondissimi anche sugli ospedali psichiatrici torinesi. L'improvviso peggioramento delle condizioni igieniche e alimentari aveva causato un marcato incremento della mortalità media annua tra i ricoverati, molti dei quali, per giunta, erano stati trasferiti a scopo precauzionale presso altri istituti del centro e del nord Italia, con la conseguenza che la popolazione manicomiale complessiva aveva fatto registrare una brusca diminuzione, stimabile all'incirca in 1.000-1.100 individui tra il 1939 a la fine degli anni Quaranta. Alcune strutture, poi, erano state danneggiate dai bombardamenti anglo-americani abbattutisi sul capoluogo piemontese a partire dall'autunno del 1942 mentre altre, in particolare i padiglioni A e D della sede femminile di Grugliasco, erano state requisite prima dalla prefettura torinese e in un secondo momento dal Comando militare tedesco, che le aveva usate per ospitarvi la Croce Rossa. L'occupazione di quei locali era continuata ben oltre la fine del conflitto, da parte della Croce Rossa britannica fino al luglio del 1945 e successivamente da parte dell'UNRRA, lo United Nation Relief Rehabilitation Administration, che vi aveva stabilito un campo di smistamento per profughi ebrei provenienti dall'Europa dell'est. Tra il 1951 e il 1952, infine, anche il padiglione C era stato requisito e riservato ad accogliere un gruppo di alluvionati del Polesine[78].

Il lavori di ripristino del complesso grugliaschese, il più colpito dagli attacchi aerei, poterono così prendere il via soltanto molto tempo dopo la conclusione delle ostilità, nel 1953, per terminare nel novembre dell'anno seguente, quando ebbe luogo una modesta cerimonia di inaugurazione alla presenza del presidente della Provincia, Giuseppe Grosso. Intanto, grazie anche al rientro degli ammalati precedentemente trasferiti, il numero dei ricoverati aveva ripreso a salire, giungendo a sfiorare, nel 1955, i livelli dell'anteguerra. La forte ripresa degli internamenti ripropose con urgenza il problema dell'ampliamento della capacità ricettiva dei manicomi: al riguardo la strategia della Provincia

[78] Informazioni più dettagliate sulla sede di Grugliasco nel periodo della guerra e negli anni della ricostruzione in M. Moraglio, *Costruire il manicomio* cit., pp. 142-145.

prevedeva la costruzione di nuove strutture a Grugliasco, per un totale di 1.200 posti letto, e il parallelo sgombero della sede cittadina di via Giulio, con "retrocessione" dell'area al Comune, previo pagamento da parte di quest'ultimo all'Opera pia, che ne era proprietaria, di una somma pari a circa un miliardo di lire. Nonostante si fondasse su un accordo triangolare definito nelle sue linee generali già nell'estate del 1956, il programma si trascinò per alcuni anni senza poter mai essere messo in pratica, anche perché nel gennaio del 1961 la Sovrintendenza ai monumenti aveva posto sugli edifici di via Giulio un vincolo storico-artistico che non solo ne avrebbe impedito la demolizione ma che soprattutto avrebbe reso impossibile la connessa rivendita dell'area ai privati. Sfumata l'ipotesi di uno sfollamento a breve termine del manicomio cittadino, la Provincia diede comunque corso ai vecchi propositi di ingrandire l'ospedale di Grugliasco, affidando, nel settembre del 1963, all'ing. Augusto Cavallari Murat e agli architetti Sergio Nicola e Augusto Romano il compito di predisporre un progetto di massima per l'ampliamento.

Due anni dopo, quel progetto non era ancora passato alla sua fase esecutiva. Fu allora "La Stampa" a cercare di smuovere le acque attraverso una campagna scandalistica sulle condizioni del manicomio di via Giulio; in due differenti articoli[79] pubblicati nell'aprile del 1965 il quotidiano della FIAT riportava alcune brevi interviste nelle quali assessori comunali e provinciali e amministratori dell'Opera pia manifestavano tutto il loro sdegno e la loro preoccupazione per quella che ormai pareva essere diventata a tutti gli effetti «una vergogna per la città». Se per il prof. Dellepiane, assessore all'igiene della Provincia, la sede di via Giulio era un «obbrobrio indegno degli uomini e della civiltà», per il suo omologo del Comune, prof. Franchi, essa si era addirittura trasformata in un «incubo»; secondo il direttore degli ospedali psichiatrici De Caro si trattava invece del problema principale «nel quadro delle esigenze ospedaliere della città» mentre per l'ing. Actis Perinetti, titolare dell'assessorato provinciale al patrimonio, era giunto il momento di agire, perché in quel manicomio le ammalate «stavano peggio che in un carcere».

In uno dei due articoli in questione l'autore abbozzava anche una rapida analisi dei ritardi e delle inefficienze del sistema ospedaliero torinese, facendone risalire le origini all'improvviso e disordinato sviluppo della città negli anni del dopoguerra, alla grande «espansione industriale» e al connesso aumento della popolazione residente, alla mancata creazione dei «servizi essenziali per ospitare la massa dei nuovi cittadini»; senza accennare, però, al fatto che le tre Giunte centriste succedutesi al governo della Provincia dal 1951 e guidate dal democristiano e accademico Giu-

[79] "La Stampa", *Un dramma nella crisi degli ospedali: il manicomio femminile di via Giulio*, 9 aprile 1965; "La Stampa", *Una vergogna per la città*, 21 aprile 1965.

seppe Grosso avevano deliberatamente incanalato la maggior parte delle risorse finanziarie disponibili nella politica delle grandi vie di comunicazione[80]; una politica coincisa con la strategia della motorizzazione di massa perseguita da Vittorio Valletta e che, sebbene fosse stata dettata dalla necessità di spezzare l'isolamento geografico in cui si trovava allora Torino, a lungo andare aveva forse finito per sottrarre energie programmatiche e risorse materiali proprio agli ospedali psichiatrici.

"La Stampa", ad ogni modo, sembrava non avere troppi dubbi neppure sulla soluzione da dare al problema: occorreva – come "suggerito" perentoriamente da un articolo del 6 maggio 1965 – «costruire un nuovo ospedale psichiatrico per chiudere il vecchio manicomio». Si trattava, né più né meno, del programma delineato dalla Giunta nel 1963 e sul quale la commissione tecnica incaricata allora di svilupparne i dettagli stava ancora lavorando, senza essere riuscita, tuttavia, a pervenire nel frattempo a un risultato concreto che non si limitasse a ribadire le direttive di massima ricevute dall'amministrazione provinciale due anni prima, ossia: capienza di milleduecento posti letto e destinazione delle strutture a ricovero per malati acuti di entrambi i sessi.

A quel punto, però, all'interno del Consiglio la posizione del gruppo comunista, originariamente favorevole al progetto, era in parte mutata. Lo aveva fatto intendere a chiare lettere il consigliere Luigi Ruffa: «qualcuno potrebbe obiettare – aveva affermato in riferimento alla costituzione, nel 1963, della commissione tecnica – che la delibera è stata approvata anche da noi. È vero, ma subito ci siamo pentiti. Si può tornare sulle decisioni prese»[81]. Non che nei consiglieri del PCI fosse maturata d'un tratto una sorta di ostilità di principio nei confronti dell'ospedale psichiatrico in quanto tale. Tutt'altro. Semplicemente non lo si considerava più «come unica possibile struttura per il trattamento delle malattie mentali» ma solo come un «momento, e non sempre indispensabile, del complesso delle cure»[82]; c'era stato, in sostanza, un avvicinamento graduale ai dettami della cosiddetta psichiatria di settore, un modello assistenziale nato in Francia sul finire della Seconda guerra mondiale e improntato all'idea che gli ospedali psichiatrici dovessero essere ridimensionati, collegati strettamente ad una determinata porzione di territorio, il settore per l'appunto, e affiancati da un insieme di servizi di carattere extra-murale, come dispensari, ambulatori diurni e notturni, centri di lavoro protetto e comunità alloggio.

[80] Cfr. A. Castagnoli, *Le istituzioni locali e le classi dirigenti dal dopoguerra alla metà degli anni Ottanta*, in *Storia di Torino, IX, Gli anni della Repubblica* cit., pp. 103-155.

[81] AGP TO, VCP, 1965, vol. II, p. 1.867.

[82] La frase è di Luciano Brean – responsabile delle questioni legate alla salute per il gruppo consiliare comunista della Provincia di Torino– e fa parte di un articolo pubblicato il 6 febbraio del 1966 su "l'Unità", intitolato *I matti con due nasi del ministro di Sanità*.

Quanto a Torino, il *casus belli* era rappresentato proprio dalle dimensioni del futuro ospedale, dimensioni che i comunisti, in ossequio ai principi della psichiatria settoriale, consideravano ormai del tutto eccessive. E tuttavia, a causa anche del polverone mediatico sollevato da "La Stampa" prima e successivamente, a settembre, dalle dichiarazioni del ministro Mariotti al convegno milanese dell'AVIS, un accordo fu trovato abbastanza rapidamente. Già nel gennaio del 1966 si era fatto cenno, in una comunicazione del presidente della Provincia al Consiglio, a un ospedale nettamente più piccolo rispetto a quello previsto in origine, di circa 500 posti. Nel giugno dello stesso anno, poi, quando il Consiglio fu chiamato a deliberare, il progetto prevedeva «una ricettività di 502 pazienti, con 539 posti letto, 37 dei quali sistemati in un centro clinico comprendente la direzione sanitaria, i servizi di accettazione e di pronto soccorso psichiatrico, gli ambulatori diagnostici e terapeutici, gli ambulatori di analisi e di ricerche, nonché i reparti radiologico, chirurgico e per terapie particolari [...], e 502 in padiglioni destinati a cinque divisioni ospedaliere [...] comprendenti ciascuna quattro unità divisionali di 28 posti letto»[83]. Il consigliere comunista e medico, Luciano Brean, così spiegava i termini del compromesso: «per il nostro gruppo vi è stato fin dall'inizio un meditato e coraggioso ripensamento critico [...]. L'accettazione forzata di quest'ospedale è appunto il prezzo che abbiamo ritenuto di dover pagare, nostro malgrado, al fine di poter stabilire una qualche forma di collaborazione, di colloquio, con la maggioranza; al fine di far accettare quelle soluzioni alternative più avanzate che noi avevamo indicato come prioritarie e che sono i nostri nuovi reparti annessi agli ospedali generali»[84].

Reparti di quel tipo sarebbero poi stati effettivamente aperti presso gli ospedali di Pinerolo, Chieri, Ivrea e Carmagnola e affidati, come si è accennato, al Centro di igiene mentale.

[83] AGP TO, VCP, 1966, vol. III, p. 7.512.

[84] Ivi, p. 7.526. Nonostante l'accordo, il giudizio dei comunisti sul nuovo ospedale restava del tutto negativo: «noi abbiamo raggiunto – proseguiva Brean – la maturata convinzione che quest'ospedale, così com'è collocato e così com'è previsto nel suo funzionamento, prima di tutto non risolve nessuno dei problemi di fondo, né attuali né in prospettiva, della nostra assistenza psichiatrica. In secondo luogo non ci avvia verso una reale proiezione [...] fuori dall'ospedale, com'era invece nei programmi di tutti i settori del Consiglio e com'è ormai doveroso per una corretta applicazione della moderna medicina scientifica».Ivi, p. 7.543.

Il rinnovamento della psichiatria italiana

Il dibattito italiano sulla psichiatria di settore

Il 22 marzo del 1963 veniva organizzata a Firenze, su iniziativa del direttore sanitario degli ospedali psichiatrici locali, prof. Mario Nistri, una tavola rotonda sull'assistenza psichiatrica a settore. Era presente il gotha della psichiatria toscana dell'epoca: i direttori degli OO.PP. di Arezzo, Lucca e Pistoia, professori Benvenuti, Gherarducci e Mattioli-Foggia, il titolare della cattedra di psichiatria presso l'Università di Firenze, prof. Chiaramonti, il dott. Sini, direttore sanitario dell'ospedale di Prato e, in rappresentanza dell'AMOPI, il dott. Beluffi, membro del consiglio direttivo, e i dottori Cotti, Coen Giordana, Novello e Barucci, delegati, rispettivamente, delle sezioni Emilia Romagna, Liguria, Triveneto e Toscana. Per la sua riconosciuta competenza in materia, come moderatore era stato chiamato il prof. Georges Daumézon, *médecin chef* dell'ospedale psichiatrico di Sainte-Anne, a Parigi, dove dal 1957 era in funzione il settore pilota del XIII *arrondissement*[85], gestito da Lébovici e Paumelle.

Altri incontri del genere si erano tenuti nei mesi precedenti. Il 13 gennaio, al termine di una riunione della sezione toscana dell'AMOPI, indetta per discutere questioni legislative, i partecipanti avevano auspicato che i «problemi congiunti dell'igiene [...] mentale, della terapia ospedaliera e dell'assistenza ai dimessi ven[issero] risolti tenendo conto dei moderni concetti di organizzazione a settore topografico»[86]; posizione sostanzialmente ribadita due mesi dopo in un Simposio interregionale sulla riforma psichiatrica, organizzato il 10 marzo a Bologna dall'Unione regionale delle Province emiliane e dalle sezioni toscana ed emiliana dell'AMOPI[87].

Nel corso di quelle riunioni erano emersi, naturalmente, anche atteggiamenti più cauti e prudenti – in certi casi radicalmente ostili – verso le nuove proposte; alcuni avevano infatti manifestato il timore che un eventuale ridimensionamento delle strutture di ricovero esistenti, con la connessa creazione di apparati extraospedalieri disseminati sul territorio, così come "richiesto" dalla dottrina settoriale, si sarebbe potuto tradurre, a lungo andare, in un peggioramento del servizio, in un incre-

[85] Al riguardo si veda: E. Balduzzi, *Parigi 1964. Considerazioni e commenti sull'evoluzione assistenziale della psichiatria francese*, in "Neuropsichiatria", anno XIX, Genova, luglio-settembre 1963, fasc. 3. Informazioni utili anche in APC, P. Paumelle, *L'organizzazione del lavoro di équipe nel XIII arrondissement di Parigi*, relazione dattiloscritta, Parigi 1966.

[86] E. Balduzzi, M. Barucci, G. Zeloni (a cura di), *Tecniche e Costume del Rinnovamento Psichiatrico*, Supplemento al "Bollettino dell'AMOPI" cit., p. 20.

[87] Ivi, p. 12.

mento dei costi e in una forte perdita di prestigio da parte dell'ospedale psichiatrico tradizionale, inteso non solo come istituzione di cura ma anche come centro di ricerca scientifica e di aggiornamento professionale per gli addetti ai lavori. Obiezioni alle quali era stata contrapposta la tesi secondo cui l'impostazione settoriale, lungi dal determinare una progressiva svalutazione degli ospedali, avrebbe invece finito col giovare proprio a questi ultimi, i quali, riformati nella gestione, ridotti nelle dimensioni e sgravati dal peso di tutti i pazienti non psichiatrici, in particolare degli anziani, sarebbero riusciti ad adempiere meglio alle loro funzioni e a raggiungere, con il concorso dei servizi territoriali, una fascia di popolazione sempre più ampia.

Che all'interno del mondo psichiatrico italiano i punti di vista sulla politica di settore non fossero niente affatto omogenei doveva peraltro essere confermato, in breve tempo, da due grandi convegni di respiro nazionale dedicati alla questione. Il primo, indetto dall'Unione regionale delle Province emiliane, si svolse a Bologna tra il 24 ed il 26 aprile del 1964 mentre il secondo ebbe luogo nel marzo dell'anno seguente a Varese, per volontà congiunta dell'amministrazione provinciale locale e dell'AMOPI.

A Bologna era stato soprattutto Giorgio Padovani – direttore degli OO.PP. di Genova Quarto – a richiamare l'attenzione sul valore «educativo e formativo» dell'ospedale psichiatrico, sulla sua connaturata funzione terapeutica – «l'ospedale è un ambiente di per sé stesso curativo, in virtù delle norme che ne regolano la vita e dell'atmosfera che vi regna»[88] – sui suoi successi nel campo della ricerca scientifica, sostenendo nel contempo la netta supremazia della pratica ospedaliera sull'igiene mentale e la conseguente necessità di affidare eventuali presidi territoriali a carattere profilattico, come quelli auspicati dai sostenitori del settore, alla guida e alla supervisione di uno psichiatra: «perché solo uno psichiatra – aveva detto – può avere la competenza per impartire le opportune direttive e per verificarne l'osservanza; perché solo uno psichiatra è in grado di stimolare e di orientare la ricerca clinico-scientifica» e perché, infine, «l'efficacia dell'igiene è subordinata alla conoscenza delle cause delle malattie mentali; ma queste non si possono studiare in modo completo ed approfondito [se non] negli ospedali psichiatrici»[89].

[88] G. Padovani, *L'evoluzione dell'ospedale psichiatrico*, in *Processo al Manicomio* (Atti del Convegno nazionale di Psichiatria Sociale, Bologna 24-26 aprile 1964), Leonardo Edizioni Scientifiche, Roma 1964, p. 37.

[89] Ivi, p. 39. Si deve peraltro notare che le tesi di Padovani, pur ostili al settore, erano state accolte nella mozione finale, in cui si legge: «il Convegno Nazionale di Psichiatria Sociale [...] ha innanzitutto posto in rilievo l'alto contributo d'insegnamento, di ricerca e di successi terapeutici che l'Ospedale Psichiatrico ha portato alla Scienza e alla Società [...]»; e più avanti, in stridente contraddizione: «il Convegno si è espresso quindi in favore dell'organizzazione dei servizi psichiatrici sulla base del "settore territoriale", rapportato a una popolazione che [...] non superi comunque i 100.000

A Varese, invece, il compito di difendere l'ospedale psichiatrico tradizionale dalle critiche dei settorialisti era toccato – ironia della sorte, visto che di lì a qualche anno egli sarebbe passato su posizioni apertamente settoriali – al direttore degli OO.PP. di Torino, Diego De Caro. Nella sua relazione si ritrovavano più o meno le stesse argomentazioni addotte da Padovani, ma con una differenza sostanziale: se questi, infatti, aveva mostrato una netta predilezione per il cosiddetto sistema Kolb, termine che indicava un rapporto di stretta dipendenza dei servizi territoriali dall'organizzazione ospedaliera[90], per De Caro, viceversa, l'igiene mentale avrebbe dovuto rimanere autonoma e separata dall'ospedale psichiatrico.

> Non si può contestare, intanto, che in altri settori della medicina le attività ambulatoriali periferiche, dispensariali, profilattiche, preventive e anche curative [...] non si identificano affatto con le attività prettamente ospedaliere, che sono espletate da centri idonei e attrezzati. Esistono – e tutti li conosciamo – numerosi centri, ambulatori, dispensari per la profilassi, per esempio, della malattia reumatica, per i disturbi del ricambio, per il diabete, per le malattie veneree, per i disturbi ginecologici, per i tumori maligni. Ma forse con questo abbiamo soppresso la cura ospedaliera delle cardiopatie, del diabete, dei tumori maligni, delle ginecopatie? [...] E allora perché non dovrebbe essere lo stesso per [...] le affezioni psichiatriche? Perché si vuole a tutti i costi negare l'utilità, anzi, la necessità di un ospedale psichiatrico, chiamiamolo pure Centrale, Pilota, Centro Ospedaliero o simili, che svolga un'attività differente da quella che si può svolgere in periferia, nei piccoli ambulatori distaccati, nei dispensari [...]? La creazione di piccoli ospedali periferici, di poche decine di letti, come cardine dell'assistenza settoriale, sui quali si accentri l'équipe sociopsichiatrica, non potrebbe sostituire in alcun modo le funzioni di un ospedale psichiatrico centrale[91].

In entrambi i casi, dunque, sia pure da prospettive differenti, c'era stato un deciso rifiuto del principio cardine della politica settoriale: l'unità e l'indivisibilità della profilassi, della cura, e della post-cura. Un principio proclamato per la prima volta nell'ambito delle Journées psychiatriques di Sainte-Anne[92], nel 1945, ripreso poi da numerosi articoli

abitanti e nel quale si attui l'operatività dell'équipe nelle varie istituzioni preposte all'assistenza». Cfr. *Processo al Manicomio* cit., pp. 1-2.

[90] Secondo Padovani l'ospedale avrebbe dovuto letteralmente «prolungarsi nella collettività mediante i suoi servizi extraospedalieri». Cfr. G. Padovani, *L'evoluzione dell'ospedale psichiatrico* cit., p. 37.

[91] D. De Caro, *Realizzazioni e prospettive dell'assistenza psichiatrica ospedaliera ed extraospedaliera nella provincia di Torino*, in *Atti del Convegno sulle realizzazioni e prospettive in tema di organizzazione unitaria dei servizi psichiatrici* (Varese, 20-21 marzo 1965), La Tipografica Varese, Varese 1965, p. 163.

[92] Le Giornate psichiatriche di Sainte-Anne erano state organizzate dalla neonata

di psichiatri francesi[93], "raccomandato" da svariati rapporti dell'Organizzazione mondiale della sanità[94] e infine adottato ufficialmente dal Ministero della sanità francese con una circolare del 15 marzo 1960.

Stando all'interpretazione che ne offrivano i più convinti settorialisti italiani, le parole d'ordine "unità e indivisibilità" volevano significare che le tre fasi del processo terapeutico – prevenzione, cura e post-cura – avrebbero dovuto essere affidate ad una medesima équipe pluridisciplinare, capace di farsi carico di tutti i potenziali pazienti di un determinato territorio, tanto dentro l'ospedale, qualora il ricovero si fosse rivelato assolutamente necessario, quanto al suo esterno, appoggiandosi a una rete capillarmente diffusa di strutture a carattere dispensariale. Si trattava in altri termini, per usare le parole di Coen Giordana, di «dividere il territorio per non [dover] dividere l'azione psichiatrica»[95], contrastando, dunque, sia pratiche ospedaliere avulse dal contesto sociale sia, all'opposto, servizi d'igiene o di post-cura indipendenti dagli ospedali.

Una sorta di sintesi tra istanze diverse, insomma, che però non riuscì mai ad attrarre su di sé l'unanimità dei consensi del mondo psichiatrico italiano. Persino in seno all'AMOPI, che dopo le elezioni interne dell'11 giugno 1963 aveva abbracciato in via ufficiale la dottrina del settore[96],

Union des médecins français per fare il punto sullo stato dell'assistenza psichiatrica francese all'indomani della guerra. Oltre al principio dell'unità e indivisibilità – enunciato da Georges Daumézon nel suo rapporto su *le psychiatre dans la société* – in quell'occasione era apparso per la prima volta il termine "settore": « Je me souviens – ha raccontato in proposito Lucien Bonnafé, cui si deve appunto l'idea di settore psichiatrico – qu'à ce moment-là je prends la craie et, comme on enseigne les mathématiques modernes, je trace un ensemble dans le département, une zone, un secteur de population [...], un secteur de population ici, l'hôpital est ici, un autre secteur de population ici [...]. La nouvelle responsabilité du médecin des hôpitaux psychiatriques n'est plus la responsabilité hospitalière, elle est la charge de l'organisation de santé mentale dans un territoire donné, dans un secteur donné, et c'est comme ça que l'idée de psychiatrie de secteur a été parlée la première fois ». La citazione è tratta da: F. Fourquet, L. Murard, *Histoire de la psychiatrie de secteur*, Recherches, Paris 1980 (prima ed. 1975), p. 86.

[93] Si segnalano qui : H. Duchêne, *Tâches d'hygiène mentale dans la psychiatrie de secteur*, in "Information Psychiatrique", 35, 89, 1959 ; L. Bonnafé, G. Daumézon, *Pour réfléchir à la relation médecin malade dans le futur service psychiatrique de secteur*, in "Information Psychiatrique", 35, 41, 1959. Per una bibliografia più completa si rinvia a C. Coen Giordana, M. Barucci, F. Mori, *Considerazioni a proposito di una moderna organizzazione assistenziale psichiatrica e di sanità mentale (organizzazione a settore topografico)*, in "Neuropsichiatria", anno XIX, Genova, aprile-giugno 1963, fasc. 2.

[94] Cfr. ad esempio : A. Baker, R. Davies, P. Sivadon, *Services psychiatriques et architecture*, in "Cahiers de Santé publique", n. 1, Organisation Mondiale de la Santé, Genève 1960.

[95] C. Coen Giordana, *Assistenza psichiatrica e organizzazione settoriale*, in "Neuropsichiatria", anno XXI, gennaio-marzo 1965, fasc. 1, p. 173.

[96] Alla presidenza era stato eletto Ferdinando Barison, direttore dell'ospedale psichiatrico di Padova; la segreteria nazionale era stata affidata a Mario Barucci, anch'e-

alcune importanti cariche sociali continuarono a essere ricoperte per molto tempo da psichiatri dichiaratamente ostili al nuovo indirizzo. Ma le ragioni della contrapposizione, anche al di fuori dei confini associativi, non erano legate soltanto a questioni di tecnica assistenziale: a dividere i settorialisti dagli psichiatri che si richiamavano ad una tradizione "ospedalocentrica" c'era soprattutto un modo differente di concepire l'eziologia dei disturbi psichici. In effetti, il timore che il settore comportasse «esclusivamente un'applicazione delle dottrine psicodinamiche e sociogeniche [...], a tutto danno degli indirizzi di ricerca a impronta prevalentemente biologica»[97], fu uno dei *leit motiv* che animarono il dibattito su quel tema per tutti gli anni Sessanta. Al riguardo si consideri ancora Padovani: «sul piano dottrinale e scientifico [...] la concezione settoriale postula una preponderante importanza dei fattori sociopatologici nella genesi dei disturbi mentali: tesi sulla quale gli psichiatri – specie italiani – sono ben lungi dal concordare. È lecito temere, in conclusione, che la psichiatria – divenendo settoriale – diventi meno scientifica e meno libera. C'è il pericolo, insomma, che la sett*o*rizzazione della psichiatria finisca per significare la sett*a*rizzazione della psichiatria»[98].

D'altro canto, che la politica del settore implicasse una maggiore attenzione ai risvolti sociali del disagio psichico era un dato insito nella storia di quel modello assistenziale fin dalle prime esperienze di "geopsichiatria"[99]

gli settorialista della prima ora. Attraverso le "osservazioni e proposte dei medici degli ospedali psichiatrici italiani sui problemi della riforma psichiatrica", documento del gennaio 1964, l'AMOPI aveva reso ufficiale la sua adesione alla politica di settore: «debbono essere riformati i servizi psichiatrici e non solo gli ospedali [...]. Infatti, principio basilare della moderna assistenza psichiatrica [...] è quello dell'unità e indivisibilità della profilassi, della cura [...] e dell'assistenza para e post ospedaliera delle malattie mentali. Ne segue che l'ospedale deve essere inteso soltanto come momento o tappa non sempre indispensabile dell'assistenza psichiatrica». Cfr. E. Balduzzi, M. Barucci, G. Zeloni (a cura di), *Tecniche e Costume del Rinnovamento Psichiatrico*, Supplemento al "Bollettino dell'AMOPI" cit., p. 20.

[97] E. Balduzzi, *Significato e scopi dell'assistenza psichiatrica unitaria*, in *Atti del Convegno sulle realizzazioni e prospettive in tema di organizzazione unitaria dei servizi psichiatrici* cit., p. 33. L'autore attribuisce l'affermazione ai dottori Simonetti e Muratorio, della clinica psichiatrica di Pisa.

[98] G. Padovani, *Unità dei servizi psichiatrici e organizzazione settoriale*, in "Neuropsichiatria", anno XIX, luglio-settembre 1963, fasc. 3, p. 579.

[99] Nel corso della Seconda guerra mondiale, l'ospedale psichiatrico di Saint-Alban, situato nel dipartimento della Lozère, nel cuore del Massiccio centrale, si era contraddistinto per il grande impegno profuso nella resistenza contro gli occupanti tedeschi. Al suo interno operavano medici antifascisti come François Tosquelles, esule catalano fuggito dalla Spagna dopo la vittoria di Franco, Lucien Bonnafé, militante comunista, Paul Balvet e più tardi anche Jean Oury. Sotto l'influenza degli scritti di Hermann Simon sulla "terapia più attiva", nell'ospedale erano state organizzate attività riabilitative di stampo socio-psico-terapico basate sulla creazione di *clubs*, strutture di «raggruppamento orizzontale» contrapposte all'organizzazione gerar-

ed era stato ribadito in più di un'occasione da molti autorevoli specialisti italiani della materia.

> Tra le considerazioni fondamentali della psichiatria a settore territoriale sta anche il fatto che, per un efficiente aiuto a chi soffra di disturbi psichici, è necessario che lo psichiatra conosca profondamente l'ambiente sociale, economico e culturale di ciascun suo paziente: e questo tanto per un'efficace profilassi mentale quanto per una più esatta diagnosi [...], una più proficua terapia [e] infine per un più agevole recupero sociale del paziente. Lo psichiatra, quindi, non dovrebbe più essere il titolare del reparto X o del reparto Y, dove passano gli uomini o le donne a seconda dei diversi tipi di alterazione del comportamento o le diverse fasi della malattia [...], ma il medico che, con la sua équipe, si cura di tutti i servizi psichiatrici di un dato territorio di limitata estensione e perciò ne conosce a fondo la topografia, ha possibilità di valutarne le condizioni socio-economiche, è in rapporti stretti con i medici generici e con le varie autorità locali (sindaco, maestro, sacerdote), può avere elementi per consigliare o sconsigliare un dato tipo di attività lavorativa, può con maggiore sicurezza consigliare il ricovero o proporre la dimissione del paziente e può risolvere insomma i problemi psichiatrici del soggetto attraverso un'esatta valutazione della [sua] situazione psicologica e ambientale[100].

Ciò che si proponeva, in sostanza, non era soltanto una radicale trasformazione del sistema assistenziale (strutture più piccole, creazione di apparati extraospedalieri, collegamento tra interno ed esterno, continuità terapeutica) ma anche una completa revisione degli stili di lavoro consolidati: sia attraverso l'istituzione delle équipes – fatto che implicava la valorizzazione di un approccio pluridisciplinare e multiforme al problema psichico e che comportava inoltre una decisa distensione

chica tradizionale e concepite come strumenti di autogestione della vita quotidiana ad uso dei malati; parallelamente al lavoro interno di *désaliénation*, cioè di liberalizzazione dell'ambiente ospedaliero e di umanizzazione dei rapporti tra personale curante e degenti, era andata sviluppandosi anche una forma di assistenza esterna simile a quella che più tardi sarebbe divenuta parte integrante della politica di settore, un'assistenza di tipo domiciliare e ambulatoriale, «*une espèce de travail migrant* – come l'ha descritta Bonnafé – *qu'on a appelé la géopsychiatrie*». Cfr. F. Fourquet, L. Murard, *Histoire de la psychiatrie de secteur* cit., p. 69. Si vedano anche: M. C. George, Y. Tourne, *Le Secteur Psychiatrique*, Presses Universitaires de France, Paris 1994; J. Ayme, *La Psychothérapie institutionnelle: origine, histoire, tendances*, in AA.VV., *Pratiques institutionnelles et théorie des psychoses*, l'Harmattan, Paris 1995; G. Daumézon, *Comparsa e sviluppo della nozione di settore in Francia*, in *Processo al Manicomio* cit., pp. 217-231.

[100] C. Coen Giordana, M. Barucci, F. Mori, *Considerazioni a proposito di una moderna organizzazione assistenziale psichiatrica e di sanità mentale (organizzazione a settore topografico)*, in "Neuropsichiatria" cit., p. 343. La questione è trattata anche in: C. Coen Giordana, M. Barucci, *Ancora sull'unità dei servizi psichiatrici e sull'organizzazione settoriale*, in "Neuropsichiatria", anno XIX, ottobre-dicembre 1963, fasc. 4.

dei vincoli gerarchici rispetto alla rigida suddivisione delle competenze e dei ruoli in vigore nei reparti manicomiali – sia attraverso l'apertura della psichiatria ospedaliera alla dimensione sociale.

Si è già accennato a come le tendenze territoriali della prospettiva settoriale avessero suscitato non poche perplessità, in particolare tra coloro che vi vedevano un'implicita svalutazione delle funzioni specifiche degli ospedali o, secondo una formula più solenne, della loro «antica e gloriosa tradizione»[101]. Ma quelle tendenze rappresentavano anche la principale ragione della diffidenza manifestata dai medici dei centri d'igiene mentale[102], molti dei quali consideravano un eventuale accoglimento in sede legislativa delle proposte dell'AMOPI come un concreto pericolo per la loro autonomia, tanto sul piano operativo quanto su quello culturale. Va precisato, infatti, che una parte non irrilevante dei servizi d'igiene presenti sul territorio nazionale – ad esempio a Torino, Milano, Genova e Venezia[103] – non aveva alcun rapporto di dipendenza né amministrativa né gestionale con gli ospedali psichiatrici e che in quei casi l'ipotesi settoriale avrebbe potuto portare a una stretta integrazione tra le due modalità assistenziali o quantomeno a una sovrapposizione delle rispettive competenze.

Un punto di vista critico originale, completamente estraneo alle preoccupazioni degli "ospedalisti" e a quelle – appena illustrate – degli operatori dell'igiene mentale, era emerso durante il convegno di Varese da una comunicazione di Franco Basaglia, che fin dall'inizio degli anni Sessanta stava conducendo presso il manicomio di Gorizia un'esperienza di liberalizzazione interna ispirata al modello delle comunità terapeutiche inglesi. Pur non negando l'utilità dei servizi extraospedalieri, il suo intervento aveva per l'appunto sostenuto come prioritaria la trasformazione dell'ambiente manicomiale: difatti, «fintanto che l'ospedalizzazione [...] incide sul malato mentale come minaccia incombente o come un avvenimento da cancellare [...] risulterà inutile aprire ambulatori periferici che agirebbero con azioni profilattiche indispensabili, ma sempre muovendosi nel clima della paura e del rifiuto

[101] L. Sinisi, *Organizzazione psichiatrica ospedaliera: nuovi concetti ed orientamenti generali*, in "Neuropsichiatria", anno XXII, gennaio-marzo 1966, fasc. 1, p. 159. Il medesimo concetto è ripreso da G. B. Belloni, *Strutture e strumenti dell'assistenza psichiatrica*, in *Atti precongressuali del XXX Congresso nazionale della Società Italiana di Psichiatria*, Milano, 12-17 ottobre 1968, p. 53.

[102] Cfr. C. Nobile, *L'igiene mentale, il settore, l'AMOPI*, in "Bollettino dell'AMOPI", anno IV, n. 1, gennaio 1966; G. Faiella, *Il punto di vista dei Centri d'igiene mentale*, in "Neuropsichiatria", anno XXI, gennaio-marzo 1965, fasc. 1.

[103] Cfr. G. Sogliani, B. Milani, S. Bernardi, *Esperienze e prospettive di assistenza psichiatrica globale*, in *Processo al Manicomio* cit., p. 193. Sull'organizzazione dei Centri d'igiene mentale si rimanda agli *Atti del primo Convegno nazionale per i Centri d'igiene mentale*: *Torino, 16-17 maggio 1957*, Minerva Medica, Torino 1960.

del ricovero»[104]. Ancor prima di dedicarsi al lavoro esterno era quindi necessario, secondo Basaglia, «distruggere l'immagine del manicomio come luogo di mortificazione e di vuoto emozionale»[105]. Solo allora sarebbe stato possibile pensare alla creazione di strutture territoriali, a patto, però, di basare anch'esse «sui principi di una comunità terapeutica in cui il malato possa sentirsi protetto e unito agli altri nella graduale riconquista del suo reinserimento [...] sociale»[106]. Diversamente si sarebbe restati su un piano di «beneficenza gratuita, che il malato deve abituarsi – per un rispetto verso sé stesso – a rifiutare, o sul piano del semplice ambulatorio esterno, che inevitabilmente farà capo [...] all'ospedale psichiatrico da cui dipende»[107].

Considerando la molteplicità delle obiezioni, dei rilievi di carattere tecnico e organizzativo, delle resistenze culturali cui era andata incontro la proposta settoriale in Italia, in fondo non stupisce constatare come nel corso degli anni Sessanta e Settanta i tentativi di gestione unitaria dei servizi psichiatrici siano stati numericamente piuttosto limitati. L'esperienza più nota resta forse quella di Varese, dove a partire dal 1965 la provincia era stata suddivisa in sette settori ed erano stati creati, in punti del territorio ritenuti strategici, diversi dispensari e ambulatori controllati dal personale ospedaliero. Ancora nel 1968, tuttavia, nel solo manicomio di quella provincia non risultava esserci una suddivisione dei reparti secondo criteri settoriali. I pazienti, cioè, venivano assegnati alle varie sezioni secondo il tipo di patologia o il grado di pericolosità e soltanto il 16% di essi era curato «direttamente e unicamente dal proprio medico di settore»[108].

All'inizio del 1965, anche nella provincia di Padova aveva iniziato a operare, con «la fede e l'entusiasmo dei neofiti» e con «il desiderio di dimostrare [...] che l'ospedale psichiatrico era una struttura inutile, dannosa e sostituibile», una prima équipe settoriale formata da medici, psicologi e assistenti sociali: il territorio di competenza comprendeva una zona urbana con circa 14.000 mila abitanti e una zona extra-urbana corrispondente al Comune di Albignasego, in cui all'epoca risiedevano all'incirca 16.000 persone, e le attività di cura si svolgevano sia dentro il manicomio sia in quattro ambulatori esterni appositamente creati. Al riguardo è interessante notare come, a distanza di cinque anni, la par-

[104] F. Basaglia, *La Comunità Terapeutica come base di un servizio psichiatrico: realtà e prospettive*, in *Atti del Convegno sulle realizzazioni e prospettive in tema di organizzazione unitaria dei servizi psichiatrici* cit., p. 145.

[105] *Ibidem*.

[106] *Ibidem*.

[107] Ivi, p. 146.

[108] E. Balduzzi, *Psichiatria di comunità e politica di settore*, in *Atti del Colloque de Courchevel* (25, 26, 27 marzo 1968), pubblicati in "Note e riviste di psichiatria", anno LXI, fasc. 1, gennaio-marzo 1968, p. 137.

te settorizzata della provincia – che nel frattempo si era ulteriormente espansa – facesse già registrare, rispetto al resto del territorio, percentuali decisamente più basse di ricoveri coatti, di primi ingressi e di reingressi in manicomio nonché un numero molto minore di giornate di degenza per cento abitanti.

Al modello settoriale, infine, si ispirarono più o meno direttamente le ristrutturazioni del sistema assistenziale realizzate, con modalità e tempi di volta in volta diversi, ad Ancona, Bergamo, Modena, Venezia, Pesaro, Milano Parabiago e – come vedremo meglio più avanti – Torino.

Basaglia, Gorizia, prospettive antimanicomiali

Alle soglie degli anni Sessanta il manicomio di Gorizia ospitava all'incirca 550 ammalati: 150 erano di nazionalità jugoslava, curati in Italia «per convenzione con il trattato di pace, a spese del Ministero degli esteri quale riparazione bellica»[109]; i restanti 400 erano per i tre quarti lungodegenti, cui si aggiungevano un centinaio di ospiti dei reparti di osservazione. Franco Basaglia assunse la direzione sanitaria di quell'ospedale nel 1961, dopo aver lavorato per alcuni anni presso la Clinica di malattie nervose e mentali dell'Università di Padova e aver conseguito, nel 1958, la libera docenza in Psichiatria. A distanza di quasi un ventennio, egli avrebbe descritto così le ragioni che lo avevano indotto ad abbandonare l'università per dedicarsi alla pratica ospedaliera, un'attività generalmente ritenuta dequalificante dagli stessi psichiatri e meno prestigiosa sul piano professionale rispetto alla più ambita carriera accademica: «io sono entrato nell'università tre volte e per tre volte ne sono stato cacciato. La prima volta, dopo tredici anni come assistente [...], quando ero, come si dice, alla vigilia della cattedra, il professore mi disse: "ascolti, Basaglia, penso sia meglio che lei vada a lavorare in manicomio". E così diventai direttore del manicomio di Gorizia»[110].

Malgrado quell'iniziale "rifiuto", il suo rapporto con le istituzioni universitarie era destinato a non interrompersi del tutto, dando vita nel corso del tempo ad una serie di riavvicinamenti periodici e di nuovi distacchi, di momenti d'entusiasmo e delusioni cocenti: «la seconda volta – seguiamo ancora il racconto di Basaglia – sull'onda della ribellione del Sessantotto fui incaricato dell'insegnamento di Igiene mentale all'Università di Parma, incarico che ho esercitato per otto anni, durante i quali sono stato isolato come un appestato. Fortunatamente avevo molti allievi che frequentavano le mie lezioni e così spero di aver "corrotto" un bel po' di gente. La terza volta ho vinto il concorso nazionale per ordinario e mi hanno proposto la cattedra di neuropsichiatria

[109] F. Basaglia, *La Comunità Terapeutica come base di un servizio psichiatrico: realtà e prospettive* cit., p. 132.

[110] F. Basaglia, *Conferenze brasiliane*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2000, p. 155.

geriatrica, con l'evidente volontà di emarginarmi. Ho preferito rifiutare e tornare in manicomio»[111].

Non si può certo affermare, d'altro canto, che gli interessi scientifici e la preparazione culturale di Basaglia corrispondessero esattamente ai canoni neurologici dominanti all'interno della psichiatria accademica italiana del periodo: fin dagli anni Cinquanta, infatti, egli si era avvicinato a correnti psichiatriche di ascendenza filosofica e antropologica, attraverso le opere di Karl Jaspers, di cui aveva apprezzato in particolare l'approccio metodologico, fondato com'era sul richiamo ad una costante *partecipazione affettiva*, ad un sistematico *ascolto* delle esperienze soggettive della persona malata da parte dello psichiatra, in contrasto radicale con l'approccio clinico tradizionale, teso invece alla riduzione del malato ad «un insieme di sintomi da classificare»[112], da analizzare e da spiegare secondo schemi causali rigidamente mutuati dalle scienze naturali; ma poi anche attraverso Ludwig Binswanger, psichiatra svizzero nato a Kreuzlingen nel 1881 e protagonista, nel corso della sua vita, di un percorso di ricerca aperto ad istanze filosofiche – dalla fenomenologia di Husserl all'analitica esistenziale di Heidegger – e alle più diverse contaminazioni culturali, con radici nei lavori di Eugen Bleuler, di cui era stato assistente presso la clinica psichiatrica universitaria di Zurigo, di Carl Jung, sua guida ai tempi della tesi di specializzazione, di Freud, del russo Eugène Minkowski, dei suoi coetanei e compagni di cammino Erwin Straus e Viktor von Gebsattel. Un percorso eteroclito e multiforme, dunque, ma sfociato in un assunto dai contorni ben precisi: la sostanziale comprensibilità della schizofrenia; assunto legato peraltro ad una concezione esistenzialistica della malattia psichica, intesa non tanto come fatto patologico e abnorme, e quindi alieno da ogni effettiva possibilità di comprensione su di un piano razionale, quanto piuttosto come una delle possibili manifestazioni della presenza umana nel mondo. Di qui la codificazione, in Binswanger, di una metodologia, la *Daseinsanalyse* o analisi dell'esserci, centrata per l'appunto sull'indagine delle varie modalità con cui la persona malata si presenta ed esprime sé stessa nel mondo, in un costante sforzo di superare, mediante l'incontro con il vissuto reale del malato, con gli elementi peculiari e specifici della sua condizione, le rigide classificazioni nosografiche della psichiatria positivista[113]. Ma tra i riferimenti culturali di Basaglia si devono annoverare, oltre a Minkowski, che egli ebbe modo d'incontrare personalmente in più di un'occasione, riportandone sempre – come hanno

[111] Ivi, pp. 155-156.

[112] M. Colucci, P. Di Vittorio, *Franco Basaglia*, Bruno Mondadori, Milano 2001, p. 22.

[113] Per un profilo, anche biografico, delle figure di Ludwig Binswanger e di Karl Jaspers si rimanda alle voci corrispondenti in: F. Barale, M. Bertani, V. Gallese, S. Mistura, A. Zamperini (a cura di), *Psiche: dizionario storico di psicologia, psichiatria, psicoanalisi e neuroscienze* cit., pp. 152-155 e 600-603.

ricordato alcuni dei suoi più stretti collaboratori – un'impressione di «trepida simpatia» e di «ammirazione quasi adolescenziale»[114], anche Jean Paul Sarte e Maurice Merleau-Ponty, le cui riflessioni sulla soggettività del corpo influenzarono nel profondo alcuni suoi scritti degli anni Cinquanta e Sessanta, a partire dai due saggi del 1956 su *Il corpo nell'ipocondria e nella depersonalizzazione*, per arrivare fino a *Corpo, sguardo e silenzio: l'enigma della soggettività in psichiatria*, del 1965, e al successivo *L'ideologia del corpo come espressività nevrotica*[115].

Il Basaglia che nel 1961 si apprestava a dirigere l'ospedale di Gorizia era quindi uno psichiatra "filosofo" – così lo aveva definito, sia pure ironicamente, il suo direttore di clinica – animato da una precisa volontà di rifondazione della psichiatria su basi fenomenologiche[116], e soprattutto un uomo con alle spalle due precoci e deludenti esperienze istituzionali: quella universitaria, conclusasi con un brusco distacco, e quella, precedente, della prigione. E proprio il carcere doveva servirgli, anni dopo, come termine di paragone per descrivere il suo primo impatto con la realtà manicomiale:

> la prima volta che entrai in un carcere ero studente di medicina e vi entrai come prigioniero politico, quindi dalla parte dei reclusi. Era l'ora in cui si vuotavano i buglioli delle celle e la mia prima impressione fu di entrare in una enorme sala anatomica, dove la vita aveva l'aspetto e l'odore della morte. Il carcere mi appariva come un letamaio impregnato di un lezzo infernale, dove uomini con bidoni sulle spalle si avvicendavano a vuotarne il contenuto nelle fogne. Le squadre addette a questo lavoro erano costituite da detenuti privilegiati che potevano uscire dalle celle, il che rendeva evidente come, nel carcere, esistesse una stratificazione sociale su cui si fondava un tipo di vita completamente autonomo: la vita della segregazione. L'uomo e il carcere erano, in realtà, il carceriere e il carcerato e l'uno e l'altro avevano perso ogni qualifica umana, acquisendo lo stampo e l'impronta dell'istituzione. Dopo alcuni anni entrai in un'altra istituzione chiusa, il manicomio. Questa volta non come internato ma come direttore. Ero dalla parte del carceriere, ma la realtà che vedevo non era diversa: anche qui l'uomo aveva perso ogni dignità umana; anche il manicomio era un enorme letamaio.[117]

[114] Le testimonianze cui ci si riferisce sono quelle di Agostino Pirella (in A. Pirella, *Il giovane Basaglia e la critica della scienza*, in AA.VV., *Franco Basaglia, una teoria e una pratica per la trasformazione*, numero speciale di "Sapere", Dedalo, Bari, novembre-dicembre 1982, n. 851) e di Stefano Mistura (in S. Mistura, *Introduzione* a E. Minkowski, *La schizofrenia*, Einaudi, Torino 1998, ed. or. *La schizophrénie. Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes*, Paris 1927): ad entrambe si fa cenno in M. Colucci, P. Di Vittorio, *Franco Basaglia* cit., pp. 44-45.

[115] I saggi citati si trovano in: F. Basaglia, *Scritti*, vol. I, Einaudi, Torino 1981.

[116] Cfr. M. Colucci, P. Di Vittorio, *Franco Basaglia* cit., p. 75.

[117] F. Basaglia, *La giustizia che punisce, appunti sull'ideologia della punizione*, in ID., *Scritti*, vol. II, Einaudi, Torino 1982, p. 185. Il brano citato fa parte di una relazione

Tra i possibili modelli cui ispirarsi per provare a modificare una situazione che gli ricordava «un campo di concentramento, un campo di eliminazione in cui l'internato non conosce né il perché né la durata della condanna»[118], Basaglia scelse la comunità terapeutica anglosassone, opzione che voleva rappresentare non tanto un «adattamento» di proposte «già codificate» ma più che altro un «un punto di riferimento generico, capace di giustificare l'inizio di una [...] negazione della realtà manicomiale» e «di ogni classificazione nosografica, le cui suddivisioni ed elaborazioni risultavano ideologiche rispetto alla condizione reale del malato»[119].

La nozione di "comunità terapeutica" era comparsa nel 1946 in Inghilterra[120], paese che poteva vantare una lunga tradizione in materia di rinnovamento psichiatrico, dalla filantropia religiosa dei Tuke fino al sistema *open-door* di John Conolly e del di lui genero Henry Maudsley[121], e nel quale si erano verificati, durante il secondo conflitto mondiale, alcuni tentativi di trasformazione istituzionale poi riconosciuti come prodromi della prospettiva comunitaria. Ci si riferisce in particolare al lavoro degli psichiatri inglesi del gruppo di Northfield presso l'omonimo ospedale e soprattutto alle attività «terapeutiche di gruppo» organizzate da Maxwell Jones dapprima in un reparto psicosomatico del Maudsley Hospital di Londra, riservato a personale appartenente alle forze armate e affetto dalla cosiddetta sindrome da sforzo (o astenia neurocircolatoria), e in seguito nel Reparto per le nevrosi industriali

tenuta da Basaglia all'VIII Convegno nazionale dei comitati d'azione per la giustizia, pubblicata originariamente in "Quale Giustizia", 9-10, La Nuova Italia, Firenze, 1971.

118 F. Basaglia, *Prefazione* a M. Marsigli, *La Marchesa e i demoni. Diario da un manicomio*, Feltrinelli, Milano 1973, in ID., *Scritti*, vol. II cit., p. 212.

119 F. Basaglia, *Appunti di psichiatria istituzionale*, in ID., *Scritti*, vol. II cit., p. 61; pubblicato in origine in "Recenti progressi in medicina", 46, 5, 1969.

120 Come ha osservato giustamente Schittar, la comunità terapeutica non può «essere ridotta in schemi rigidi»; tuttavia, «essa trova la sua prima essenza nello [...] sfruttamento a fini terapeutici di tutte le risorse dell'istituzione, concepita [...] come un insieme organico non gerarchizzato di medici, pazienti e personale ausiliario». Cfr. L. Schittar, *L'ideologia della comunità terapeutica*, in F. Basaglia (a cura di), *L'istituzione negata, rapporto da un ospedale psichiatrico* cit., p. 159.

121 Nel 1796 il quacchero William Tuke aveva aperto presso la città di York un "Ritiro" per alienati divenuto celebre, attraverso gli scritti di Samuel Tuke, nipote del fondatore, per il regime di libertà che vi regnava e per l'uso limitato delle costrizioni fisiche. John Conolly deve invece la sua popolarità, prima ancora che ai metodi liberali con cui aveva diretto l'ospedale di Hanwell, alla pervicacia mostrata, durante tutta la sua vita, nel difendere i principi del *no-restraint*, vale a dire di un trattamento dei malati mentali di tipo umano, non violento e slegato dall'uso dei mezzi di contenzione. Al riguardo si veda: A. Pirella, D. Casagrande, *John Conolly, dalla filantropia alla psichiatria sociale*, in F. Basaglia (a cura di), *Che cos'*è la psichiatria, Baldini&Castoldi, Milano 1997 (prima ed. Amministrazione provinciale di Parma, 1967).

del Belmont Hospital, istituito nel 1946 sulla scia di un'altra esperienza di successo ideata e gestita da Jones e rivolta ad ex prigionieri inglesi di guerra di ritorno dai campi di detenzione in Europa e nell'estremo oriente[122].

Negli anni Cinquanta le comunità terapeutiche inglesi avevano conosciuto una fase di intenso sviluppo, accompagnata e favorita da alcuni importanti cambiamenti a livello legislativo[123] e da una costante tendenza alla "deistituzionalizzazione" dell'assistenza psichiatrica, con un graduale spostamento degli interventi verso il territorio, circostanza che aveva determinato una prima sensibile riduzione della popolazione internata nei manicomi. Il contesto italiano era invece nettamente diverso e attorno alla metà degli anni Sessanta – come si è visto – non era ancora stato possibile modificare la vecchia normativa giolittiana; inoltre, i grandi nosocomi pubblici, malgrado i ripetuti scandali da cui erano stati investiti e le sempre più frequenti critiche che venivano loro rivolte anche dall'interno del mondo psichiatrico, continuavano a rappresentare il baricentro del sistema assistenziale, che solo allora cominciava a far trasparire, in virtù delle nascenti esperienze settoriali, alcuni deboli segnali di mutamento.

Quanto a Gorizia, l'opera di rinnovamento era proseguita ininterrottamente dal 1962, muovendosi lungo due direttrici principali: «la lotta contro l'istituzionalizzazione dell'ambiente esterno» al manicomio e «la lotta contro l'istituzionalizzazione dell'intero corpo sanitario»[124]. Sul piano concreto, si era giunti cioè ad una quasi completa apertura dell'ospedale, all'abolizione delle contenzioni fisiche, ottenuta anche grazie all'impiego dei farmaci[125], alla sensibilizzazione della cittadinanza, alla creazione di gruppi di lavoro tra i ricoverati e infine alla costituzione, nel vecchio reparto "agitati", di una comunità terapeutica maschile vera e propria, formata da «una cinquantina di malati [...] appartenenti ad ogni forma psichiatrica, in prevalenza schizofrenici». Essi erano stati «scelti fra quelli che [...] si erano dimostrati i meno adattabili e quindi dotati ancora di una buona dose di aggressività su cui si sarebbe potuto puntare»; godevano di «completa libertà di movimento [...],

[122] Cfr. M. Jones, *Ideologia e pratica della psichiatria sociale*, Etas Kompass, Milano 1970, p. 26 (ed. or. *Social Psychiatry in Practice*, Penguin Books, Harmondsworth, Middlesex 1968).

[123] Si allude in particolare alla legge istitutiva del servizio sanitario nazionale, il National Health Service Act (1946) e al successivo New Mental Health Act (1959). Ivi, pp. 37-44.

[124] F. Basaglia, *La Comunità Terapeutica come base di un servizio psichiatrico: realtà e prospettive* cit., p. 133. Con il termine "istituzionalizzazione" Basaglia intendeva riferirsi al «complesso di danni derivati da un lungo soggiorno coatto quale quello nell'ospedale psichiatrico, quando l'istituto si basi su principi di autoritarismo e di coercizione». Ivi, p. 129.

[125] Ivi, p. 140.

dell'aiuto di due soli infermieri e di un terzo per il turno di notte»; erano «responsabili della loro organizzazione interna, pur avendo norme di base – comunitariamente stabilite – cui attenersi» e avevano «facoltà di decidere l'espulsione di qualche compagno» che si fosse rivelato «inadatto alla vita comunitaria, come dell'assunzione di nuovi affiliati»[126].

Contemporaneamente, il lavoro pratico di umanizzazione e di smantellamento delle strutture manicomiali aveva fatto emergere, in Basaglia e nei suoi collaboratori, la consapevolezza della funzione politica e antiterapeutica del manicomio: «il fatto è che – avrebbe affermato molti anni dopo lo stesso Basaglia raccontando di quelle vicende in una delle sue celebri "conferenze brasiliane" – nella misura in cui il manicomio si umanizzava [...] diventava evidente una serie di elementi di natura politica. [Esso] appariva come un'organizzazione totalmente inutile che controllava la devianza del povero, soprattutto la devianza improduttiva»[127].

Attorno alla "scoperta" della funzione custodialistica della psichiatria asilare dovevano svilupparsi, a partire dalla seconda metà degli anni Sessanta, le riflessioni collettive dalle quali sarebbero poi scaturiti, nel '67 e nel '68, i due volumi destinati a far conoscere le vicende dell'ospedale di Gorizia ad un pubblico non specialistico e di vaste dimensioni: *Che cos'*è la psichiatria? e, soprattutto, *L'Istituzione negata*. Giovanni Jervis, che si era aggregato all'équipe soltanto nel 1966, ha descritto quegli anni come un periodo di grande impegno sul piano dell'attività ospedaliera e di confronto crescente tra i vari membri del gruppo riguardo alle implicazioni teoriche e, in un secondo momento, più specificamente politiche legate alla progressiva apertura dei reparti e al consolidarsi delle comunità terapeutiche:

> Ricordo i due anni fra il '66 e la fine del '68 come fra i più ricchi e belli della mia vita, ma anche come fra i più faticosi. Non tutto era facile: il clima del lavoro di Gorizia era di perpetua mobilitazione, fino al limite del volontarismo e a volte si aveva l'impressione di vivere in una cittadella in stato d'assedio. Basaglia richiedeva ai suoi collaboratori un'adesione incondizionata e non tollerava facilmente dissensi teorici e di linea, che tendeva a vivere drammaticamente come attacchi personali. Prima del mio arrivo, il gruppo dei medici allora intorno a Basaglia aveva conosciuto liti, scismi, espulsioni ed emarginazioni; mi resi conto rapidamente che anche nel gruppo attuale vi erano competitività e malumori che appesantivano molto il lavoro. E il lavoro era di per sé molto pesante, sia come ore che come impegno: io fra l'altro ero tenuto a fare, in quanto medico di sezione, frequentissimi turni di guardia, di 24 ore o (nei fine

126 F. Basaglia, *La Comunità Terapeutica come base di un servizio psichiatrico: realtà e prospettive* cit., p. 144.

127 F. Basaglia, *Conferenze Brasiliane* cit., p. 111.

> settimana) di 48 ore, da cui erano invece esentati sia il direttore che i primari [...]. Il gruppo goriziano lavorò bene, e unito, fino al 1968. Ci riunivamo tutti i giorni, spesso due volte al giorno, e le nostre discussioni producevano un continuo flusso di idee e di proposte. Nel 1966 mancavano ancora nell'équipe un'analisi politica del lavoro e una reale attenzione ai problemi di linea, tanto che ricordo che quando, già nel 1967, mia moglie propose di inserire in uno dei testi di *Cos'*è la ps*ichiatria?* un riferimento a Marx, la cosa suscitò in alcuni perplessità e sospetto. Ma ben presto dalle discussioni nacque un tentativo collettivo di far avanzare un discorso più critico e più politicizzato: *L'istituzione negata* fu in questo senso – almeno secondo l'impressione che mi fece allora – una mescolanza quasi inestricabile di esaltazione comunitaristica e "antiautoritaria" e di attenzione critica [...] ai problemi politici e culturali in gioco[128].

L'istituzione negata, pubblicata da Einaudi nel 1968, segnava per l'appunto il passaggio dalla comunità terapeutica alla lotta anti-istituzionale, da un approccio ancora di tipo tecnico e tutto interno alla pratica psichiatrica a una prospettiva più ampia, di natura politica: «per questo – scriveva Basaglia – rifiutiamo di proporre la comunità terapeutica come un modello istituzionale che verrebbe vissuto come [...] una nuova tecnica risolutrice di conflitti. Il senso del nostro lavoro non può che continuare a muoversi in una dimensione negativa che è, in sé, distruzione e insieme superamento»[129]. Una volta chiarito che l'internato era in primo luogo un «uomo senza diritti», oggetto di una violenza originaria da parte del sistema sociale, un escluso posto al di fuori della «produzione, ai margini della vita associata» e spinto dentro il manicomio più per il suo scarso «potere contrattuale» che non per la «malattia in sé»; una volta chiarito che era proprio lo psichiatra, figura ibrida, un po' medico e un po' tutore dell'ordine pubblico[130], a sancire quell'esclusione, sanzionandola come fatto scientifico e oscurandone dunque la vera natura di fenomeno dalle radici prevalentemente socioeconomiche; una volta chiarito tutto questo, si trattava, per Basaglia, di porre le condizioni affinché la comunità terapeutica non si trasformasse a sua volta in una nuova formula che sarebbe potuta risultare magari più accattivante del manicomio classico, perché percepita come moderna e meno brutale rispetto ad esso, ma che alla fine avrebbe mantenuto pur sempre i caratteri di una soluzione tecnica a problemi che invece si erano rivelati essere innanzitutto problemi sociali:

[128] G. Jervis, *Il buon rieducatore. Scritti sugli usi della psichiatria e della psicanalisi*, Feltrinelli, Milano 1977, p. 20-22.

[129] F. Basaglia, *Le istituzioni della violenza*, in ID. (a cura di) *L'istituzione negata, rapporto da un ospedale psichiatrico* cit., p. 149.

[130] Sul tema si veda, tra gli altri, F. Basaglia, *La maggioranza deviante*, in ID. *Scritti*, vol. II cit.

Consapevoli di questo, nel momento in cui la nostra azione pratica viene guardata e giudicata dal pubblico che in essa è direttamente coinvolto, ci si trova di fronte ad una scelta fondamentale: o enfatizziamo il nostro metodo di lavoro che – attraverso una prima fase distruttiva – è riuscito a costruire una nuova realtà istituzionale e ne proponiamo il modello come un modo di risolvere il problema delle istituzioni psichiatriche; o proponiamo la negazione come unica modalità attualmente possibile all'interno di un sistema politico-economico che assorbe in sé ogni affermazione, come nuovo strumento del proprio consolidamento. Nel primo caso è evidente che la conclusione sarebbe soltanto un'altra faccia della stessa realtà che abbiamo distrutto: la comunità terapeutica come nuovo modello istituzionale risulterebbe un perfezionamento tecnico all'interno sia del sistema psichiatrico tradizionale, che di quello socio-politico generale. Se la nostra azione di negazione è stata quella di evidenziare il malato mentale come uno degli esclusi, uno dei capri espiatori di un sistema contraddittorio, che in essi tenta di negare le proprie contraddizioni – ora il sistema stesso tende a dimostrarsi comprensivo nei confronti di questa esclusione palese: la comunità terapeutica come atto riparatorio, come risoluzione di conflitti sociali attraverso l'adattamento dei suoi membri alla violenza della società, può assolvere il suo compito terapeutico-integrante, facendo il gioco di coloro contro i quali era originariamente nata. Dopo il primo periodo di clandestinità, dove quest'azione poteva sfuggire al controllo e alla codificazione che l'avrebbe cristallizzata in ciò che doveva essere solo un passo del lungo processo di rovesciamento radicale, la comunità terapeutica è stata ora scoperta come si scopre un nuovo prodotto: guarisce di più come OMO lava più bianco. In questo caso, non solo i malati ma anche i medici e gli infermieri che hanno contribuito alla realizzazione di questa nuova dimensione istituzionale buona, si troverebbero prigionieri di una prigione senza sbarre, da loro stessi edificata, esclusi dalla realtà su cui presumevano di incidere; in attesa di essere reinseriti e reintegrati nel sistema, che si affretta ad otturare le falle più sfacciatamente evidenti, aprendone altre più sotterranee. L'unica possibilità che ci resti è di conservare il legame del malato con la sua storia – che è sempre storia di sopraffazioni e di violenze – mantenendo chiaro da dove provengano la sopraffazione e la violenza [...]. Siamo perfettamente consci del rischio che stiamo correndo: essere sopraffatti da una struttura sociale basata sulla norma da essa stessa stabilita e oltre la quale si entra nelle sanzioni previste dal sistema. O ci lasciamo riassorbire e integrare, e la comunità terapeutica si manterrà nei limiti di una contestazione all'interno del sistema psichiatrico e politico senza intaccarne i valori [...]; o continuiamo a minare – ora attraverso la comunità terapeutica domani attraverso nuove forme di contestazione e di rifiuto – la dinamica del potere come fonte di regressione, malattia, esclusione e istituzionalizzazione a tutti i livelli[131].

[131] F. Basaglia, *Le istituzioni della violenza*, in ID. (a cura di) *L'istituzione negata, rapporto da un ospedale psichiatrico* cit., pp. 147-149.

A distanza di un anno circa dall'uscita de *L'Istituzione negata*, un po' per i dissensi di linea emersi nel gruppo durante l'elaborazione collettiva del volume, un po' per l'impossibilità di aprire, come avrebbe desiderato, i centri psichiatrici esterni programmati fin dal '64 e un po', forse, anche per la delusione provocatagli da un fatto di cronaca che gli era costato – ingiustamente – un rinvio a giudizio[132], Basaglia decise di lasciare Gorizia e di trasferirsi a Colorno, in provincia di Parma, dove su iniziativa di un assessore alla sanità particolarmente dinamico, Mario Tommasini[133], operaio ed ex partigiano, gli era stata offerta la direzione dell'ospedale psichiatrico locale. Il manicomio goriziano passò sotto la guida di Agostino Pirella e, a partire dal 1971, di Domenico Casagrande. Ma l'esperienza della comunità terapeutica era destinata a concludersi presto. Nell'autunno del '72, infatti, a causa degli attriti sempre più frequenti con l'amministrazione provinciale e di una situazione che ormai sembrava essere giunta ad un punto morto, senza alcuna concreta possibilità di evolversi ulteriormente nella direzione auspicata, l'intera équipe rassegnava le dimissioni; un comunicato stampa del 20 ottobre spiegava così le ragioni di quel gesto tanto plateale:

> Partiti dall'ipotesi che il manicomio, oltre che servire da asilo per i malati di mente servisse come luogo di scarico per le persone genericamente devianti prive di soluzioni economiche e sociali, si è proceduto in questi anni alla lenta riabilitazione di chi era stato distrutto più dal lungo periodo di segregazione che dalla malattia in sé. Oggi non si può più accettare di continuare a mantenere la maggior parte dei degenti segregati in un'istituzione che, per il fatto stesso di non consentire aperture e sbocchi, li farebbe velocemente retrocedere al grado di istituzionalizzazione e di distruzione personale in cui li avevamo trovati. Non è qui il caso di indagare perché l'amministrazione provinciale di Gorizia si sia rifiutata di aprire i centri esterni proposti [...] fin dal '64 [...] né di spiegare il suo atteggiamento concretamente negativista – al di là delle parole e delle dichiarazioni pubbliche – che ha sempre reso difficile ogni avvicinamento da parte dell'ospedale con gli enti locali con cui sarebbe stato possibile tessere una rete protettiva, sia in fase di post-cura che in fase preventiva, che avrebbe consentito e consentirebbe la finale riabilitazione di molti "volontari", costretti invece a re-istituzionalizzarsi nella routine comunitaria. In questa situazione la nostra presenza nell'ospedale psichiatrico goriziano, oltre ad essere inutile, ci sembra dannosa per quei degenti – ed è la maggioranza – per i quali noi continuiamo a rappresentare, in qualità

[132] Nel settembre del 1968 un ricoverato in permesso di libera uscita aveva ucciso la moglie a colpi di scure. Al momento del fatto Basaglia si trovava all'estero per ragioni di studio. Rinviato a giudizio, sarebbe stato poi assolto con formula piena.

[133] Sulla figura di Mario Tommasini si rimanda a F. Ongaro Basaglia, *Vita e carriera di Mario Tommasini burocrate proprio scomodo narrate da lui medesimo*, Editori Riuniti, Roma 1991.

> di psichiatri, la giustificazione al loro internamento. Se si tratta di persone per le quali non è stato possibile trovare una soluzione esterna, perché sole, perché povere, perché rifiutate, non per questo noi possiamo continuare a mantenerle rinchiuse nell'etichetta di ammalato mentale, con le conseguenze ed i significati che tale etichetta comporta[134].

Si chiudeva così la vicenda più nota e discussa nella storia della psichiatria italiana, con un gesto emblematico che, nell'andare al di là della comunità terapeutica, intendeva in realtà negare qualsiasi valore anche alle modalità meno brutali, come appunto quella comunitaria, di gestione della devianza e del disagio psichico attraverso lo strumento manicomiale; è ancora questo, forse, l'elemento più radicalmente innovativo di quell'esperienza, senz'altro la caratteristica che l'ha resa diversa sia dalle comunità terapeutiche anglosassoni sia dall'assistenza di ispirazione settoriale, modelli nati entrambi in alternativa alla psichiatria asilare e tuttavia incapaci di giungere sino al rifiuto del manicomio in ogni sua forma e sotto ogni possibile aspetto.

L'esempio di Gorizia lasciava dunque in eredità un modo inedito e innovativo di fare psichiatria e soprattutto, attraverso l'intensa produzione intellettuale di Basaglia, una visione fortemente "demedicalizzata" della malattia mentale e un'analisi del manicomio come istituzione antiterapeutica e deputata al controllo e alla gestione della devianza delle classi disagiate; concetti sui quali, più o meno contemporaneamente, avevano cominciato a riflettere studiosi di diversa formazione e provenienza – si pensi ad esempio a Foucault per quel che concerne i rapporti tra scienza psichiatrica e controllo sociale o a Goffman, e in genere agli studi di microsociologia dell'ospedale psichiatrico, per il tema dell'istituzionalizzazione – e che erano destinati a raggiungere, non senza banalizzazioni e semplificazioni anche profonde, una fascia sempre più ampia di operatori del settore, di pubblici amministratori, di politici, di studenti, contribuendo in modo determinante a creare le condizioni culturali per la riforma del 1978, che avrebbe sancito la chiusura definitiva dei manicomi pubblici italiani.

La legge "Mariotti"

Sebbene non del tutto assente già nel periodo compreso tra le due guerre mondiali, in Italia la richiesta di una riforma dell'assistenza psichiatrica cominciò a manifestarsi con intensità crescente a partire dall'inizio degli anni Cinquanta. I numerosi progetti di legge[135] elabo-

[134] Pubblicato in F. Basaglia, *Crimini di pace*, in ID., *Scritti*, vol. II cit., pp. 261-262.

[135] Per una disamina critica di alcuni di essi si rinvia a G. Pantozzi, *Storia delle idee e delle leggi psichiatriche*, Erickson, Trento 1994 e a P. G. Levi, A. Levi Tomassetti, *Considerazioni sui progetti di legge per la riforma della legislazione italiana per la cura e la profilassi delle malattie mentali*, in "Neuropsichiatria", anno XVI, ottobre-dicembre 1960, fasc. 1.

rati da quel momento fino alla metà del decennio successivo – e comunque quasi mai discussi in sede parlamentare – se da un lato presentavano alcuni elementi di innovazione rispetto al passato, dall'altro lato apparivano però ancora profondamente influenzati dalla vecchia normativa giolittiana. Molti di essi, ad esempio, introducevano il dispositivo prima assente del ricovero volontario[136], senza tuttavia rinunciare a procedure d'internamento coattivo, talvolta anche per ragioni di pericolosità sociale o di pubblico scandalo; oppure abolivano il casellario giudiziale[137], sostituendolo però con strumenti di registrazione affini, come anagrafi, casellari psichiatrici o semplici schedari. Si trattava, in sostanza, di progetti nei quali, pur notandosi un tentativo di imprimere al sistema dell'assistenza psichiatrica una più spiccata impronta sanitaria, non veniva del tutto meno l'impianto custodialistico e poliziesco della vecchia legislazione del 1904.

Su quella stessa falsariga si collocava anche lo schema di disegno di legge sulla salute mentale presentato dall'allora Ministro della Sanità Luigi Mariotti alla Presidenza del Consiglio nel luglio del 1965. L'articolo 27 riproponeva infatti il ricovero coercitivo per gli infermi ritenuti pericolosi o di pubblico scandalo, mentre l'articolo 35 istituiva l'Anagrafe psichiatrica, rendendovi però obbligatoria l'iscrizione soltanto per le persone che fossero state giudicate affette da uno qualsiasi dei disturbi compresi in un'apposita lista delle «malattie pregiudizievoli» alla società. «Volevamo dare il primo premio per la migliore invenzione di questa legislatura – avrebbe sarcasticamente commentato al riguardo l'AMOPI – alla "patente di cronicità" proposta dall'on. De Maria»; ma quel premio «spetta invece all'elenco delle malattie mentali pericolose»[138] del Senatore Mariotti. «Più volte [...] le abbiamo segnalati – precisava poi una lettera aperta dell'associazione al ministro – i motivi per i quali ci opponiamo a qualsiasi tipo di registrazione dei nostri ammalati ed i motivi per i quali considerare pericoloso un individuo in base ad una elencazione nosografica è un metodo non solo socialmente ingiusto ma anche scientificamente errato. Ben altri, Signor Ministro, sono i principi basilari della riforma: è superfluo ricordarle che l'iscrizione al casellario giudiziario non esiste per disposizione della vecchia

[136] L'articolo 53 del "Regolamento sui manicomi e sugli alienati", approvato con Regio Decreto 16 agosto 1909, n. 615, contemplava la possibilità di ricovero volontario, ma solo per «individui maggiorenni» e coscienti «del proprio stato di alienazione parziale di mente». In quei casi al direttore del manicomio era data facoltà, in condizioni di assoluta urgenza e sotto la sua personale responsabilità, di «ricevere» tali individui «provvisoriamente in osservazione». Scaduti i termini di legge, però, i volontari dovevano essere dimessi oppure internati definitivamente come coatti.

[137] Era stato il codice "Rocco" (articolo 604) a stabilire l'obbligo di iscrizione al casellario giudiziale per i provvedimenti di ricovero definitivo in manicomio.

[138] E. Balduzzi, M. Barucci, G. Zeloni (a cura di), *Tecniche e Costume del Rinnovamento Psichiatrico*, Supplemento al "Bollettino dell'AMOPI" cit., p. 41.

legge del 1904, bensì ai sensi dell'articolo 604 del Codice di procedura penale istituito dal regime fascista negli anni Trenta».[139]

Lo schema ministeriale venne approvato dal Governo soltanto nella seconda metà del 1967, per essere poi comunicato alla Presidenza del Senato il 20 settembre. Rispetto alla bozza originaria le modifiche apportate dal nuovo testo si limitavano alla creazione dell'ente ospedaliero psichiatrico; l'organizzazione prevista per il versante extra-murale dell'assistenza restava invece immutata: era cioè basata sui servizi d'igiene mentale, un insieme di strutture a carattere dispensariale e con compiti profilattici che l'articolo 4 stabiliva dovesse essere posto alle dipendenze delle province. Quanto alle procedure di ammissione, ritornava pervicacemente il *leit motiv* dell'obbligatorietà per motivi di pericolo o di pubblico scandalo; al contrario, la tanto criticata Anagrafe era stata soppressa, così come l'elenco delle malattie pregiudizievoli alla società. Attraverso una sorta di «mimetizzazione del vecchio casellario», come più tardi l'avrebbe definita l'AMOPI, il settimo comma dell'articolo 4 introduceva però l'obbligo, per gli ospedali psichiatrici, di comunicare all'autorità di pubblica sicurezza «la dimissione» delle persone precedentemente ricoverate in via coattiva o con modalità d'urgenza. Persisteva così una forma, sia pure più morbida, di controllo di polizia sui malati di mente:

> per giustificare queste misure – tale era la sconfortata previsione degli psichiatri italiani – sarà invocato certamente il diritto della società a difendersi [...] e si porteranno le solite argomentazioni del carabiniere, del ferroviere o del maestro che debbono essere scelti tra persone che non abbiano avuto a che fare con gli ospedali psichiatrici. Noi sosteniamo invece che la tanto invocata difesa della società dai crimini dei dimessi [...] si attui solo attraverso un perfezionamento dei servizi di assistenza.[140]

Non ci soffermeremo sugli altri pur numerosi rilievi critici mossi dall'AMOPI, né sui molti emendamenti suggeriti da quell'associazione al legislatore (circa 50) anche perché nel marzo del 1968, quando finalmente il Parlamento riuscì ad approvare la così a lungo attesa legge di riforma sull'assistenza psichiatrica, dell'iniziale disegno ministeriale era rimasto ben poco: 12 articoli, per la precisione, che si limitavano ad apportare le modifiche sulle quali il consenso si era rivelato essere pressoché unanime. Veniva cioè eliminato il casellario giudiziale, introdotto il ricovero volontario e, relativamente ai servizi d'igiene mentale, era stabilito quale tipologia di personale dovesse essere loro asse-

[139] E. Balduzzi, M. Barucci, G. Zeloni (a cura di), *Tecniche e Costume del Rinnovamento Psichiatrico* cit., p. 43.

[140] M. Barucci, G. Zeloni, M. Palazzuoli, *l'Assistenza psichiatrica italiana cerca ancora la sua legge*, Supplemento al "Bollettino dell'AMOPI", Stabilimento Grafico Commerciale, Firenze, anno V, n. 5, settembre 1967, p. 13.

gnata ma nessun cenno veniva fatto alla natura dei rapporti che essi avrebbero dovuto intrattenere con gli ospedali psichiatrici. Riguardo a questi ultimi, infine, la legge 18 marzo 1968, n. 431, non andava oltre lo stabilire una serie di cifre, tra cui il numero massimo di posti letto per ogni singola struttura, individuato in 625, e i rapporti minimali tra personale sanitario, personale di assistenza sociale e degenti. Il proposito di creare «enti ospedalieri per l’assistenza psichiatrica» – così come previsto in origine dall’articolo 8 del ddl del 1967 – era stato invece del tutto abbandonato: gli ospedali rimanevano pertanto saldamente nelle mani delle province, degli enti pubblici di assistenza e beneficenza e degli istituti ecclesiastici civilmente riconosciuti, decisione destinata a suscitare non pochi malumori tra gli psichiatri italiani, che in maggioranza avrebbero probabilmente preferito l’istituzione, anche nel loro settore, dell’ente ospedaliero, alla stregua di quanto avvenuto nell’ambito degli ospedali “generali” con l’approvazione della legge 12 febbraio 1968, n. 132.

In anticipo di quasi un anno e mezzo sul previsto, l’11 e il 12 gennaio del 1969 si teneva a Roma, proprio per tentare un primo bilancio sugli effetti della mutata situazione giuridica, il VI Congresso nazionale dell’AMOPI, cui a quell’epoca risultava ormai iscritto circa il 95% dei medici degli OO.PP. italiani e dei servizi ad essi collegati. Il tenore propositivo degli interventi, tesi innanzitutto a valorizzare e a mettere in risalto le potenzialità della nuova normativa, denotava come la riforma – malgrado essa rappresentasse soltanto uno “stralcio” della ben più ampia ipotesi iniziale – fosse stata accolta in seno all’associazione con un certo entusiasmo, quasi si trattasse di una specie di atto liberatorio giunto a conclusione di un decennio di tentativi andati a vuoto e di occasioni mancate anche per l’oggettiva difficoltà di trovare un’intesa su una questione, come quella dell’assistenza psichiatrica, che si era rivelata essere al centro di interessi politici, amministrativi ed economici molteplici e spesso contrastanti. Non mancavano, naturalmente, malumori anche profondi verso questo o quel singolo aspetto della legge ma nel complesso era prevalente la soddisfazione per gli obiettivi raggiunti, e in particolar modo per la liberalizzazione dei ricoveri: una liberalizzazione ritenuta addirittura «favolosa», perché – come notava Mario Barucci nella sua relazione – grazie ad essa sarebbe stato finalmente possibile, per i cittadini italiani, «farsi curare in ospedale psichiatrico senza l’obbligo di mostrarsi pericolosi o scandalosi [e] di uscirne per proprio desiderio e non per concessione di un medico o per sentenza di un magistrato»[141].

Va precisato, d’altro canto, che proprio sul problema dei ricoveri aveva cominciato a focalizzarsi, già nelle settimane immediatamente

[141] Cfr. *Atti del VI Congresso nazionale dell’AMOPI*, Roma, 11 e 12 gennaio 1969, in “Bollettino dell’AMOPI”, anno VII, n. 1, febbraio 1969, p. 11.

successive all'approvazione della legge, l'attenzione del Consiglio direttivo dell'AMOPI. Una circolare interna del 3 aprile 1968 aveva caldamente raccomandato una pronta applicazione dell'articolo 4, «senza attendere disposizioni ulteriori da parte delle autorità sanitarie e della Magistratura», invito che pareva essere stato raccolto con discreta sollecitudine: in base ai dati forniti durante il Congresso, infatti, risultava che sulle 20.000 ammissioni in ospedale psichiatrico registrate in Italia tra il maggio e l'ottobre del 1968, quasi 4.000 erano avvenute su base spontanea e che inoltre, nello stesso periodo, molti ricoveri erano stati trasformati da "coatti" in "volontari".

A Torino, la nuova normativa, che peraltro – è bene puntualizzarlo – non aveva abrogato l'ordinamento giolittiano d'inizio secolo, offrì alla direzione sanitaria dei manicomi l'occasione per predisporre un articolato piano di ristrutturazione interna[142]. Esso prendeva le mosse dalla constatazione del «grave e graduale deterioramento» delle strutture assistenziali esistenti: dell'istituto di Savonera, «sorto con le caratteristiche del Ricovero» e rimasto tale nella sostanza, «fino a raggiungere un limite non tollerabile d'insufficienza persino igienica»; ma anche dell'ospedale di Collegno e di quello di via Giulio, che «nella prospettiva di un prossimo abbandono e[ra] stato lasciato gravemente deperire»; una situazione di progressivo declino ambientale, dunque, che secondo il direttore De Caro si ripercuoteva in termini negativi sulle attività terapeutiche, pregiudicando all'origine qualsiasi tentativo di migliorare il «regime istituzionale» e la qualità dei servizi ospedalieri. La soluzione proposta prevedeva in primo luogo il trasferimento in istituti idonei di tutti gli oltre mille e trecento pazienti giudicati non bisognosi di specifiche cure psichiatriche, misura che probabilmente avrebbe permesso da un lato di decongestionare gli affollatissimi locali dei manicomi e dall'altro lato di ridurre questi ultimi alle dimensioni massime stabilite dalla legge Mariotti. A tale scopo, però, si sarebbe resa necessaria anche una radicale riforma organizzativa, il cui cardine era rappresentato dalla separazione del «complesso ospedaliero in nove ospedali autonomi dal punto di vista sanitario».

Difficilmente in quel momento l'Opera pia sarebbe stata in grado, anche ipotizzando una fattiva collaborazione da parte della Provincia, di mettere in pratica un programma di riassetto logistico ed amministrativo così complesso ed economicamente dispendioso, che richiedeva oltretutto l'assunzione di circa 350 infermieri e di oltre 100 tra sanitari, psicologi e assistenti sociali. Di lì a qualche giorno, comunque, il repentino sopraggiungere della contestazione antimanicomiale avrebbe fatto mutare la situazione, immettendo nel campo dell'assistenza psichia-

[142] OO.PP. di Torino, Direzione sanitaria, *Progetto per la ristrutturazione degli ospedali psichiatrici di Torino secondo i moderni indirizzi dell'assistenza e le nuove disposizioni legislative* cit.

trica nuovi soggetti e soprattutto contribuendo a dar voce ad istanze di cambiamento ben più radicali in confronto alla semplice razionalizzazione strutturale immaginata da De Caro.

Capitolo II
L'istituzione in crisi (1968-1971)

La crisi delle istituzioni manicomiali torinesi

Assemblee di reparto

La "12" era una sezione manicomiale come tante altre: un dormitorio stracolmo di letti ammassati gli uni sugli altri, un soggiorno per il "tempo libero", un refettorio pieno di tavoloni di legno e vecchie panche senza schienale, otto gabinetti e due docce malconce, un cortile. Al suo interno vivevano all'incirca 130 malati, perlopiù epilettici, assistiti da un medico, il dott. Pascal, e da una ventina di infermieri. Il 6 agosto del 1968 si teneva in quel reparto l'ultima di una lunga serie di assemblee che avevano visto la regolare partecipazione di un gruppo di ricoverati. Si era trattato di un'iniziativa senza precedenti nella storia degli ospedali psichiatrici di Torino, conclusasi con la stesura di un "rapporto" contenente i verbali delle varie riunioni e un insieme di osservazioni e proposte su come migliorare l'ambiente di sezione e le relazioni umane tra personale curante e degenti[1].

Il documento è pressoché unico nel suo genere perché ci offre – sia pure con la mediazione del suo autore materiale, cioè il medico – uno spaccato della vita in manicomio così com'essa era percepita e vissuta dall'anello più debole della microsocietà asilare, i ricoverati per l'appunto. Vi si notano innanzitutto lamentele per la scarsa qualità del vitto, per la carne, «sempre dura e gommosa», per la pasta, «acquosa e poco condita», per il divieto di usare coltello e forchetta durante i pasti, che obbligava a «spezzare la carne con le mani» e a «mangiare come maiali», per le uova puzzolenti; e ancora per il Fricandò, fatto con gli avanzi del giorno prima, le polpette, le zuppe di pane, il merluzzo con

[1] APC, «Rapporto dalla Sezione 12».

la bagna, tutta «roba», insomma, che potevano mangiare, per usare le parole di un ammalato, giusto «quelli che non comprendono». A seguire, la questione dell'igiene. Il quadro, in questo caso, appariva ancor più sconfortante: i cuscini erano «logori e luridi», il refettorio pieno di mosche, zanzare e formiche, i gabinetti sempre sporchi, senza carta igienica, con le pareti imbrattate. Al riguardo non mancano per la verità anche accuse rivolte direttamente dai ricoverati a certi loro compagni, avvezzi a «urinare dalla finestra, contro i muri e nei lavandini», a «defecare sulla soglia dei cessi», a sputare continuamente in terra. Ci sono poi le proteste per i modi sgarbati degli infermieri, per l'abuso dei mezzi di contenzione a scopo punitivo, per le frequenti zuffe tra ammalati, con «lancio reciproco di vasi da notte», per la presenza di disturbatori notturni e diurni che impedivano di riposare, per il "collaborazionismo" dei degenti piantoni con il personale di vigilanza.

Nell'ottobre del '68 il *Rapporto dal reparto 12*, che comprendeva anche un insieme assai particolareggiato di richieste da parte dei ricoverati (relative, solo per ricordarne alcune, alla possibilità di circolare liberamente nell'ospedale e di accedere al bar, ai permessi di uscita, al rinnovamento degli ambienti, delle attrezzature mediche e del vestiario) venne inviato al consiglio d'amministrazione dell'Opera pia, l'ente deputato alle gestione dei manicomi torinesi. Gli autori così motivavano quella scelta: «il presente rapporto è il frutto della collaborazione di tutti [...]. In primo luogo dei ricoverati, che si sono riuniti in assemblee vivaci e numerose, nelle quali è stato possibile evidenziare [...] i principali mali della sezione e indicare prospettive di soluzione; e poi [del] corpo sanitario medico e infermieristico, che ha cercato di assumersi le sue precise responsabilità collaborando a favore degli ammalati [...]. Esso viene inviato a tutti coloro che, con il loro appoggio e con le loro decisioni possono fare in modo che si compia urgentemente tutto ciò che è indispensabile perché la sezione diventi il più rapidamente possibile conforme alle esigenze e allo spirito della nuova legge psichiatrica e cessi di essere un *Lager*. Intendiamo con ciò far conoscere ai responsabili [...] i problemi del reparto [...]. Infatti succede allo stato attuale che chi ha il potere di decidere non è in possesso delle necessarie informazioni [...] e, inversamente, chi vive tutti i giorni la vita del reparto nel suo ruolo di ricoverato o di personale preposto all'assistenza è privo di ogni potere decisionale atto a far cambiare le cose»[2].

La risposta non fu però conforme alle aspettative. Sul momento, infatti, non solo non venne esaudita nessuna delle rivendicazioni emerse in ambito assembleare ma pare addirittura che la Presidenza dell'Opera pia abbia esercitato sui protagonisti di quelle esperienze un'azione denigratoria, concretizzatasi, nel novembre del '68, con l'invio di una lettera dai contenuti intimidatori al medico che le aveva promosse e

[2] *Rapporto dalla Sezione 12* cit., pp. 1-2.

con la minaccia di provvedimenti disciplinari a carico degli infermieri che vi avevano partecipato. Considerato anche il clima di ostracismo che regnava tra gli altri sanitari e la dura opposizione dei sindacati di categoria, c'erano tutte le condizioni perché quei primi deboli fermenti di rivolta contro il sistema manicomiale restassero senza alcun seguito concreto.

È un crimine progettare un ospedale psichiatrico?

L'Associazione per la lotta contro le malattie mentali era stata creata sul finire del '67, in seguito ad un soggiorno di studio che la sua futura fondatrice, Piera Piatti, aveva trascorso presso l'ospedale di Gorizia mentre l'équipe di Basaglia si trovava alle prese con la stesura de *L'Istituzione Negata*. Dall'incontro con i goriziani era scaturito il proposito di creare un organismo che, «muovendo da un'analisi politica della funzione repressiva delle istituzioni psichiatriche tradizionali»[3], riuscisse a sensibilizzare «l'opinione pubblica» sul problema manicomiale, e in particolare sul carattere «superstizioso, razzista e irrazionale» dei pregiudizi legati alla figura del malato psichico.

Fin dall'inizio l'attività della ALMM si orientò alla diffusione di manifesti e di materiale propagandistico nelle librerie cittadine, nei circoli culturali e soprattutto nelle scuole e all'interno delle università. La scelta di rivolgersi agli studenti come interlocutori privilegiati si concretizzò ben presto in una serie di iniziative comuni: nel marzo del 1968 veniva proiettato presso l'Unione culturale del Politecnico il documentario *La porta aperta*, sulla storia della comunità terapeutica di Gorizia, cui seguiva una discussione alla presenza di Basaglia e del suo collega Giovanni Jervis; qualche mese dopo si teneva un dibattito pubblico tra il prof. Torre, il prof. De Caro, direttori, rispettivamente, della clinica universitaria e degli ospedali psichiatrici di Torino, e lo stesso Basaglia; a dicembre, infine, veniva allestita in collaborazione con gli studenti della facoltà di Architettura una mostra fotografica[4] sulle condizioni di vita dei ricoverati nei manicomi italiani, intitolata emblematicamente *Manicomi come Lager*.

Al termine della mostra si era svolta come da programma un'assemblea pubblica rivelatasi fin da subito piuttosto affollata (era intervenu-

[3] Archivio dell'Associazione per la lotta contro le malattie mentali [di seguito A-ALMM], «ALMM, Consuntivo dell'attività 1968/70», p. 1.

[4] L'iniziativa era stata pubblicizzata anche fuori Torino, come dimostra questa breve lettera inviata a Piera Piatti da Angelo Del Boca, all'epoca capo redattore del quotidiano "Il Giorno" e autore, a metà anni Sessanta, di alcune penetranti inchieste sulla situazione dell'assistenza psichiatrica italiana: «ho avuto oggi il suo telegramma. Aderisco senz'altro alla sua richiesta e faccio voti che la mostra fotografica allestita dalla vostra associazione riesca a destare l'attenzione del pubblico e delle autorità. Il problema è troppo grosso e troppo trascurato». In A-ALMM.

to, tra gli altri, anche Pier Paolo Pasolini) e vivace; ai presenti si erano aggiunti in un secondo momento alcuni studenti di medicina provenienti dalle Cliniche universitarie delle Molinette, allora occupate, su richiesta dei quali la riunione era stata trasferita, con un chiaro intento polemico, presso la clinica neurologica, nell'aula dove il prof. Torre, considerato esponente di spicco di quella psichiatria "ufficiale" che si voleva combattere, era in procinto di tenere lezione. Lì era stato deciso, con l'avallo del direttore dei manicomi De Caro – "leggerezza" che gli sarebbe costata un periodo di sospensione dall'incarico, ufficialmente per malattia – di continuare i lavori il giorno successivo, direttamente nell'ospedale di Collegno, nei locali del cosiddetto "teatrino".

Nella mattinata del 14 dicembre, per effetto delle testimonianze di un gruppo di ricoverati, che avevano denunciato maltrattamenti e abusi di ogni genere da parte del personale di assistenza, il dibattito appena ripreso si trasformava subito in una sorta di pubblico processo nei confronti dell'Opera pia; processo poi sfociato in un'occupazione pacifica, e peraltro autorizzata, del manicomio. Era la prima volta che a Torino l'universo dei folli, così rigidamente definito nei suoi confini dalle mura manicomiali, si confondeva con quello dei sani, trovandosi faccia a faccia con il mondo esterno.

Venivano poi approvate due mozioni:

> l'Assemblea pubblica dei medici, dei degenti, degli infermieri, del Movimento studentesco e di tutte le forze interessate al problema – si legge nella prima – riunite nell'ospedale psichiatrico di Collegno dopo lunga discussione [...] denuncia la politica autoritaria che si nasconde dietro le formule di un'inesistente democratizzazione, amministrativa e terapeutica, riprova l'operato complessivo (ampiamente documentato in questa occasione) del direttore e del presidente degli OO.PP. della provincia di Torino. Ritiene che l'unica corretta possibilità di ristrutturare il settore psichiatrico sia quella di passare a forme di democrazia diretta da parte di tutte le componenti della comunità psichiatrica. In tale prospettiva l'Assemblea, constatando [...] che si riscontra oggi la necessità di riaffrontare il problema dalle basi, tenendo conto degli sviluppi del dibattito psichiatrico e delle mutate condizioni generali: proclama la necessità di far sospendere i lavori di costruzione [del nuovo ospedale psichiatrico di Grugliasco]; richiede di innescare un processo di dibattiti pubblici in tutti gli ambienti interessati al problema [...] e in particolare nelle università, nelle fabbriche, presso gli enti pubblici comunali e provinciali[5].

La seconda mozione rivendicava il diritto per gli studenti a partecipare più attivamente alla vita dell'ospedale:

[5] Archivio dell'Istituto Gramsci di Torino, *Fondo PCI Federazione di Torino*, Fascicolo 40 "Salute – Psichiatria", busta 544, «Mozione sugli Ospedali Psichiatrici della Provincia di Torino» (14 dicembre), dattiloscritto, p. 1.

> l'Assemblea generale, avendo constatato l'assoluta necessità di ricostruire dalle sue fondamenta il costume psichiatrico istituzionale e avendo preso atto dell'esigenza di rinnovamento della didattica psichiatrica, [esigenza manifestata] dagli studenti di medicina, psicologia, sociologia e discipline che comunque abbiano rapporto con la psichiatria istituzionale, afferma l'opportunità che in tutte le istituzioni psichiatriche possano entrare gli studenti delle suddette discipline, in modo da poter apprendere in vivo il rapporto con il malato e in modo particolare le tecniche di lavoro di gruppo. L'Assemblea decide inoltre che nelle sezioni degli ospedali psichiatrici di Torino, in considerazione dell'attuale disponibilità di [alcuni] studenti di medicina, si costituiscano a decorrenza immediata [équipe] di lavoro con la partecipazione dei suddetti studenti assieme ai ricoverati, agli infermieri, ai medici e ad altro personale di assistenza[6].

Nei giorni successivi gli avvenimenti si susseguirono ad un ritmo incalzante. Il 19 dicembre falliva per l'intervento delle forze dell'ordine un secondo tentativo di occupare il manicomio di Collegno[7]. Il 21 una rappresentanza degli studenti, grazie anche alla mediazione dei consiglieri del gruppo comunista, riusciva a ottenere la disponibilità del presidente della Provincia, l'avvocato democristiano Giovanni Oberto Tarena, a partecipare ad una nuova assemblea che si prevedeva di organizzare all'inizio del 1969[8]. Nel frattempo si era notevolmente accentuato anche l'interesse dei giornali cittadini per la questione. I sempre più frequenti articoli dedicati ai manicomi svelavano d'improvviso una situazione rimasta a lungo sconosciuta, mettendo in luce le più impensabili carenze strutturali e di servizio: dal sovraffollamento dei reparti all'obsolescenza delle attrezzature mediche, dalla scarsa qualità del vitto all'inadeguatezza dell'assistenza sanitaria, dalla mancanza di igiene alla promiscuità, che costringeva – come sottolineato da un'indagine de "La Stampa" – «giovani e vecchi, irrecuperabili e idioti, sudici, arteriosclerotici e dementi a vivere a stretto contatto di gomito, immersi nella stessa disperata miseria»[9]. Per la prima volta, poi, veniva dato ampio spazio ai ricoverati. I loro racconti parlavano di violenze, sopraffazioni e maltrattamenti: «per le mie proteste – aveva riferito in proposito una degente – fui duramente picchiata e messa in cella di segregazione con camicia di forza, morsetti ai polsi e alle caviglie, [e quindi] legata a un letto di ferro fisso nel pavimento»[10]. L'8 gennaio, infine,

[6] Ivi, p. 3.

[7] Pare tuttavia che, forzando i cancelli, un piccolo gruppo di manifestanti fosse riuscito a entrare, spingendosi fin dentro i reparti. Cfr. "La Stampa", *Studenti occupano il manicomio e tengono assemblea con i pazzi*, 20 dicembre 1968.

[8] Cfr. AGP TO, VCP, 1968, vol. III, pp. 16367-16384; "La Stampa", *Il Consiglio provinciale accetta un convegno di studio a Collegno*, 22 dicembre 1968.

[9] "La Stampa", *Situazione drammatica nei manicomi torinesi*, 29 dicembre 1968.

[10] "La Stampa", *Lettere dal manicomio*, 25 gennaio 1969.

"La Stampa" pubblicava nell'articolo intitolato *Io Povero Matto* parte di una ricca documentazione raccolta nei giorni precedenti da un gruppo di universitari, nella quale erano riportate le accuse di un medico nei confronti del personale infermieristico e religioso dell'ospedale di via Giulio, macchiatosi, a detta dell'intervistato, di ripetuti atti di brutalità ai danni delle ammalate.

Frattanto, i fatti verificatisi all'esterno avevano sortito una serie di effetti destabilizzanti anche dentro i manicomi. Il corpo dei sanitari era ormai nettamente spaccato tra una larga maggioranza ostile alla contestazione ed una minoranza che invece ne condivideva istanze e progetti; gli infermieri, chiamati in causa a più riprese come responsabili di episodi di violenza, parevano disorientati e, salvo qualche rara eccezione, si erano arroccati su posizioni difensive, minacciando scioperi contro le rivendicazioni degli studenti.

L'Opera pia, dal canto suo, rispose alle tensioni che andavano manifestandosi tra il personale e alle denunce della stampa invocando l'intervento della Commissione di vigilanza, un organo di controllo previsto dalla legge del 1904 e di cui nell'occasione furono chiamati a far parte il medico provinciale, il vice prefetto e uno psichiatra dell'ospedale Martini[11]. Dopo neppure quindici giorni d'indagini la Commissione giungeva a concludere, in contrasto con quanto emerso dalle testimonianze raccolte fin a quel punto[12], che gli «atti inconsulti compiuti sui degenti» si erano rivelati «infondati o frutto di mere supposizioni» e che i pochi casi venuti alla luce erano apparsi «inevitabili conseguenze» dello stato «di squallore, di estrema promiscuità e di sovraffollamento» in cui versavano all'epoca i manicomi torinesi. Pure le contenzioni a mezzo di fettucce erano risultate rare e soprattutto motivate da «imprescindibili

[11] Cfr. "La Stampa", *Il presidente dei manicomi chiede l'apertura di una severa inchiesta*, 10 gennaio 1969; "La Stampa", *Inchiesta sui manicomi decisa dalla prefettura*, 11 gennaio 1969; "La Stampa", *Inchiesta delle autorità sui manicomi di Torino*, 14 gennaio 1969.

[12] Ancora l'11 gennaio, ad esempio, a seguito di una visita presso la sede manicomiale di Collegno, un giornalista de "La Stampa" aveva così riferito quanto osservato: «sono quasi le 19, la cena è finita, parecchi sono già coricati. Sezione otto, 150 letti, uno addossato all'altro. Luci accese, un giovane malato lavora a maglia, il suo vicino è legato [...], il fetore prende alla gola. Qui ci sono anche i sudici e i letti distano appena 30 centimetri. Ogni spazio è sfruttato. Vecchi scheletrici, rattrappiti, gialli, con lo sguardo ebete. Uno supplica: "legami altrimenti cado" [...], un nano grida: "sono Caligola, mi tengono qui per mangiarsi i miei marenghi" [...]. Passiamo attraverso altre sezioni: ovunque lo stesso squallore, affollamento, promiscuità dolorosa, [...] fumo che si taglia con il coltello, grida, canzoni a squarcia gola. Ci vengono tutti incontro e possiamo interrogarli uno ad uno. "Com'era il cibo? Scondito come al solito". Un giovane: "mi hanno picchiato". Un altro incalza: "lavoro da ammazzarmi", "ho visto picchiare i bambini" [...]. Un uomo di trent'anni scuote la testa: "da 25 anni sono qui e te lo dico io, la vita è brutta"». Cfr. "La Stampa", *Visita al manicomio*, 12 gennaio 1969.

necessità di protezione» mentre era stata individuata una sola camicia di forza, «in un bambino autolesionista e coprofago»[13].

Contestazione e Consiglio provinciale

Il 25 gennaio si era svolta presso il Cinema Regina di Collegno una seconda assemblea pubblica sulla situazione dell'assistenza psichiatrica torinese. Oltre agli ormai consueti scambi di accuse tra i rappresentanti dell'Opera pia e della ALMM riguardo a presunti abusi commessi dal personale di assistenza nei confronti dei ricoverati[14], c'era stata un'accesa discussione intorno al nuovo manicomio di Grugliasco, questione su cui erano venuti a crearsi due schieramenti nettamente contrapposti: contrari alla prosecuzione dei lavori erano gli studenti, una parte dei medici, i sindacati infermieristici, la presidenza e la direzione sanitaria degli ospedali psichiatrici; il presidente della Giunta provinciale, viceversa, si era dichiarato ancora «personalmente convinto» della validità di quel progetto, pur impegnandosi a riportare il problema all'attenzione del Consiglio[15].

Cosa che avvenne puntualmente il 24 febbraio. La seduta fece registrare un accordo pressoché unanime tra le varie forze politiche circa la necessità di pervenire ad una rapida provincializzazione dei servizi psichiatrici e alla parallela estinzione dell'Opera pia[16], provvedimento già dibattuto più di una volta in passato e che in quell'occasione la Giunta aveva riproposto come una delle possibili soluzioni per la crisi in atto.

[13] Archivio regionale di deposito, via Sospello, Torino, *Fondo Medico provinciale*, Ministero della Sanità, Ufficio del Medico provinciale di Torino, «Commissione provinciale di Vigilanza: visita ispettiva alle istituzioni psichiatriche della provincia», 30 gennaio 1969. Si precisa che l'archivio in questione risulta ancora non accessibile al pubblico.

[14] La vicenda ebbe in seguito risvolti giudiziari: il presidente dell'Opera pia, infatti, dopo aver inviato alla segretaria della ALMM, Piera Piatti, una lettera in data 5 febbraio 1969, invitandola a segnalare i nomi dei responsabili e a circostanziare le sue precedenti affermazioni, decideva, non avendo ricevuto in risposta le chiarificazioni richieste, di presentare un esposto alla Procura della Repubblica, per «esaminare se nella condotta della Signora Piera Ceriana Piatti [...] ricorr[essero] gli estremi costitutivi del reato di oltraggio ad un Corpo amministrativo, quale e[ra] l'Ente Morale Ospedali psichiatrici di Torino». Dei nove consiglieri di amministrazione dell'Opera pia il solo Giovanni Micheletto, membro nominato dalla Provincia in rappresentanza dell'area politica comunista, si oppose all'iniziativa del Presidente. Cfr. APC, Ospedali psichiatrici di Torino, Presidenza, «Raccomandata alla Signora Piera Ceriana Piatti, oggetto: denuncia maltrattamenti infermi», Torino 5 febbraio 1969; l'esposto è riportato in AOP TO, VCAOP, anno 1969, seduta del 23 aprile, pp. 473- 474.

[15] Cfr. "La Stampa", *Amministratori, medici e ammalati si oppongono a un nuovo manicomio*, 26 gennaio 1969; "Gazzetta del Popolo", *Tesi opposte sulla crisi dei manicomi*, 26 gennaio 1969.

[16] Permanevano comunque alcune divergenze relative ai tempi e alle modalità di una tale misura.

Quanto al manicomio di Grugliasco, invece, le posizioni emerse dimostravano l'esistenza, all'interno del Consiglio, di due differenti concezioni assistenziali: l'una, imperniata ancora sull'ospedale come centro nevralgico del processo terapeutico, era sostenuta dalla maggioranza e dagli esponenti del Movimento sociale, che pure erano arrivati, nei loro interventi, ad auspicare il potenziamento dei servizi sul territorio e la creazione di reparti psichiatrici negli ospedali civili, denotando così una curiosa affinità di vedute con la sinistra; l'altra era quella settoriale, alla quale i comunisti si erano avvicinati ormai da qualche anno e che continuava a rappresentare il cuore della loro politica in materia di assistenza psichiatrica. Non fu però il settore la ragione per la quale essi si schierarono alla fine contro la costruzione del nuovo complesso grugliaschese. Come si è visto, infatti, sul piano teorico quella dottrina non implicava un rifiuto *sic et simpliciter* dello strumento manicomiale ma propugnava semmai la necessità di ridimensionare gli ospedali psichiatrici e di collegarli nel contempo ad una rete di altre istituzioni curative più piccole e disseminate sul territorio. E d'altro canto anche nel corso della seduta del 24 i consiglieri del PCI ribadirono come l'organizzazione assistenziale da essi prospettata, pur privilegiando decisamente il momento preventivo e l'azione profilattica extra-murale, prevedesse comunque la presenza degli ospedali, sebbene «decentrati e aperti»[17]. Erano stati invece gli avvenimenti di quelle settimane ad innescare un radicale processo di ripensamento, conclusosi appunto con la decisione da parte del gruppo comunista di votare contro il nuovo manicomio, contravvenendo peraltro a quanto deliberato cinque anni prima in accordo con la maggioranza:

> il problema dell'assistenza ai malati di mente – così si esprimeva al riguardo il consigliere Berti – è da tempo all'attenzione del nostro Consiglio [...]. Si è trattato però sempre di un interesse [...] di carattere essenzialmente culturale. Solo ultimamente l'attenzione rivolta a questi problemi si è fatta più profondamente umana, e cioè dopo che una parte dei consiglieri provinciali si è recata all'interno degli ospedali [...]. Noi oggi ci troviamo di fronte ad un fatto nuovo: quello che era un problema di pochi è diventato un problema di molti, [un problema che] ha investito gli studenti, gli infermieri, gli stessi ammalati, che ha originato una campagna di opinione pubblica sui giornali e [...], cosa più importante, che ha portato i più diretti interessati a dibattere la questione [...]. Mi piace ricordarlo, nel senso che le posizioni che noi abbiamo assunto [in passato], via via che nella discussione [...] intervengono in numero sempre maggiore i diretti interessati [...], possono modificarsi, in quanto la partecipazione appassionata di un numero sempre più grande di persone a questa vicenda ha portato ovviamente a constatazioni che fanno apparire superati certi

[17] AGP TO, VCP, 1969, vol. I, p. 16.600.

punti di vista espressi quando a discuterne si era in pochi [...]. Noi sosteniamo che chi ha dichiarato ieri certi punti di vista non deve oggi sentirsi toccato nel proprio prestigio dall'essere costretto a modificarli [...]; sosteniamo che questo salto di qualità [...] è cosa estremamente interessante e importante, nella quale nessuno di noi deve vedere una menomazione del proprio prestigio [...]. Il nostro punto di riferimento nel formulare le nostre proposte sono le risultanze dell'assemblea degli ammalati, degli infermieri, degli studenti e degli amministratori, alle quali tendiamo ad aggiungere altri contributi [...]. Che cosa ci chiede l'assemblea? Ci pone anzitutto il problema della provincializzazione per intero dei servizi [...]. Ora, noi sappiamo che gli infermieri, gli ammalati, in assemblea, hanno espresso una posizione nettamente contraria [a misure solo parziali]. [...] Io ritengo di poter dichiarare che [voteremo a favore] quando ci verrà proposta la delibera vera e propria della provincializzazione [...]. Però, finora, l'unica deliberazione presa è quella di gestire solo parzialmente. [Quanto al nuovo ospedale], da un esame molto rapido del fascicolo di bilancio, risulta già evidente qualche aspetto: per esempio, lo stanziamento di diversi miliardi per la costruzione di "nuovi ospedali psichiatrici", come si legge nella relazione. Questo stanziamento mi porta ad una prima conclusione: la Giunta non ritiene che una delle fondamentali richieste emerse da questa grande assemblea debba essere accolta. Commette con ciò, a mio avviso, un gravissimo errore [...]. Quindi, avendo la sensazione [...] che una decisione sia già stata assunta, io non oso più sperare se non nella forza della partecipazione popolare, della protesta, per farvi cambiare idea»[18].

La sensazione di Berti doveva rivelarsi fondata perché al termine della seduta veniva approvato un ordine del giorno che tra i vari provvedimenti di ristrutturazione dell'assistenza psichiatrica torinese prevedeva anche la costruzione, «nel più breve tempo possibile», del nuovo complesso manicomiale di Grugliasco.

Via Giulio: dagli incidenti alle comunità terapeutiche

Nel pomeriggio del 18 marzo, un'ammalata dell'ospedale di via Giulio, dopo essere stata liberata, su ordine del medico di guardia, dal mezzo di contenzione che le era stato applicato alcune ore prima, feriva lievemente due infermiere con un pezzo di legno sottratto ad una sedia. Per reazione all'accaduto il personale di assistenza proclamava un'astensione immediata dal lavoro, invocando il trasferimento presso diversa sede del dottor Annibale Crosignani, il medico di guardia, e di un altro sanitario considerato vicino alla contestazione, il dottor Giuseppe Luciano[19]. Ad accrescere la tensione provocata da quell'episodio

[18] Ivi, pp. 16.592 sg.

[19] Cfr. "La Stampa", *Al manicomio per protesta contro un medico le infermiere hanno abbandonato i reparti*, 19 marzo 1969; "La Stampa", *Infermiere in sciopero al manicomio*

contribuirono poi, nei giorni successivi, altri due gravi fatti di cronaca: il 19, mentre la maggior parte delle infermiere continuava a scioperare per solidarietà con le colleghe ferite, una giovane malata, non ancora ventenne, tentava il suicidio ingerendo un'elevata dose di sedativi; tre giorni dopo si diffondeva invece la notizia della morte improvvisa di una paziente ricoverata nel reparto 5. Secondo quanto riportato dai giornali, la vittima era stata spinta nel corso di un litigio con un'altra malata e, cadendo, si era fratturata un femore; il decesso, tuttavia, era avvenuto soltanto in un secondo momento, a distanza di circa una settimana, mentre la donna, anziana e sofferente di cuore, stava trascorrendo a letto un periodo di convalescenza[20]. Anche in quell'occasione non mancarono strascichi polemici e come già per l'incidente del 18 marzo la responsabilità dell'accaduto fu fatta risalire all'operato di un medico: nell'occhio del ciclone venne a trovarsi il dottor Luciano, con l'accusa di non aver acconsentito, contrariamente a quanto richiesto da alcune infermiere ben prima che si verificasse la lite poi risultata fatale, a trasferire la futura autrice dell'aggressione in "furia", vale a dire nel reparto riservato per consuetudine alle degenti ritenute particolarmente pericolose e violente.

Per effetto di quelle vicende anche nella sede ospedaliera di Torino venne così a crearsi una situazione di forte instabilità, alimentata da una contrapposizione apparentemente insanabile tra una ristretta minoranza di medici, perlopiù giovani e con poca esperienza manicomiale alle spalle, fautrice di metodi terapeutici non coercitivi e una parte consistente del personale di assistenza che invece tendeva a vedere in tale azione riformatrice innanzitutto una fonte d'ingiustificato pericolo per la propria incolumità fisica.

Va detto, d'altro canto, che già in precedenza i tentativi di liberalizzazione posti in essere da Crosignani e Luciano avevano provocato diffusi malumori all'interno del manicomio. All'inizio del mese di febbraio, ad esempio, era stato recapitato al Presidente dell'Opera pia un esposto contro i due medici, episodio che aveva indotto il cda ad istituire un Consiglio di disciplina per accertare i fatti denunciati e disporre gli eventuali provvedimenti a carico dei responsabili. La votazione, tuttavia, non aveva avuto esito unanime. Tre consiglieri su nove si erano dissociati, ritenendo che le reali motivazioni della protesta non fossero

chiedono la sospensione di 2 medici, 20 marzo 1969; "Gazzetta del Popolo", *La pazza era sorvegliata: come riuscì a prendere un bastone?*, 20 marzo 1969. Il 22 marzo persino la Comunità terapeutica dell'ospedale di Gorizia, venuta a conoscenza della vicenda, inviava al dottor Crosignani una missiva nella quale erano manifestate preoccupazione e perplessità per il «il fatto che le infermiere non» avessero «capito l'importanza del gesto del medico e di ogni sforzo comunque teso al rifiuto delle strutture manicomiali». In Archivio ALMM.

[20] Cfr. "Gazzetta del Popolo", Morta *una degente colpita da un'ammalata*, 22 marzo 1969; "La Stampa", *Aspre polemiche in manicomio*, 22 marzo 1969.

quelle riportate dall'esposto – e cioè le presunte «frasi diffamatorie»[21] pronunciate da Crosignani e Luciano nei confronti di un gruppo di infermiere – ma che esse andassero piuttosto ricercate nell'incapacità, o meglio ancora nella scarsa disponibilità del personale di assistenza ad accettare le conseguenze del regime di apertura e di maggiore tolleranza instaurato dai due «giovani medici» nei reparti di loro competenza[22].

Quel voto contrario al Consiglio di disciplina, però, pur avendo rappresentato una sorta d'implicita adesione al rinnovamento dell'assistenza psichiatrica torinese da parte di una componente dell'Opera pia, forse non sarebbe bastato ad impedire, dopo i fatti di marzo, l'allontanamento di Crosignani e Luciano dalla sede di via Giulio, considerato anche come una tale misura continuasse ad essere reclamata con insistenza dai sindacati infermieristici. Per provare a scongiurare il trasferimento, anzi, fu necessario ancora una volta l'intervento della ALMM: già la sera del 20 marzo, a conclusione di un incontro pubblico tenutosi presso la Camera del lavoro di Torino, era stata sottoscritta una mozione di sostegno all'operato dei due medici[23] ed erano state illustrate alcune proposte per la riorganizzazione degli ospedali psichiatrici provinciali; proposte poi presentate direttamente al Presidente dell'Opera pia il giorno 22, nel corso di una manifestazione organizzata nei locali del manicomio e alla quale parteciparono, oltre ai vertici dell'Associazione, anche alcuni parlamentari comunisti. Nell'occasione il cavalier Rubatto, venendo meno all'atteggiamento di sostanziale chiusura che lo aveva contraddistinto fino ad allora, s'impegnò, come richiesto dai presenti, a non ostacolare la sperimentazione dei metodi terapeutici

[21] AOP TO, VCAOP, seduta del 12 febbraio 1969, p. 142.

[22] «Il consigliere Micheletto manifesta più volte la sua disapprovazione sulle due bozze che il Presidente propone in risposta alle lettere [...] di un gruppo di infermiere, perché ritiene che il loro contenuto, ancora una volta, sia teso non già ad aiutare coloro che si fanno promotori di una certa azione di rinnovamento all'interno del nostro istituto ma ad impedire ogni iniziativa positiva. Come già al dottor Pascal, responsabile di aver denunciato la situazione esistente nel reparto 12 di Collegno, si rispose con due lettere pubbliche di [...] condanna, da parte del direttore sanitario, prof. De Caro, e del presidente, sig. Rubatto, oggi ci sono proposte due lettere che suonano di aperta critica all'azione svolta da altri due medici dell'O.P. di Torino, rei di tentare di introdurre nei reparti "innovazioni" che certamente possono provocare un maggior carico di lavoro al personale [...] ma che, non per questo, debbono essere respinte dal Consiglio». AOP TO, VCAOP, seduta dell'8 marzo 1969, pp. 151-152.

[23] «L'Assemblea denuncia la malafede con cui è avvenuta, da parte di un ristretto gruppo di provocatori, [...] la strumentalizzazione dell'incidente di via Giulio. Incidenti di tal fatta avvengono frequentemente proprio in ospedali dalla struttura arcaica a autoritaria come quelli di Torino, mentre esempi di organizzazione diversa quali ci vengono dall'estero e dall'interno (Gorizia, Perugia, Udine) dimostrano [...] che è l'attuale struttura a danneggiare il malato assai più di quanto non lo danneggi la sua malattia e che è l'attuale struttura la vera causa di tali episodi». Mozione approvata in data 20 marzo 1969, in Archivio ALMM.

non coercitivi all'interno dell'ospedale, garantendo inoltre a Crosignani e Luciano la possibilità di dar vita ad un'équipe di lavoro costituita da personale volontario. A quel punto, data la sua dichiarata ostilità al nuovo corso, l'ultimo ostacolo alla formazione di una comunità terapeutica vera e propria era rappresentato dal vicedirettore del manicomio, il dott. Umberto Gallian.

Intanto, il 24 marzo, mentre le infermiere continuavano a scioperare contro il mancato trasferimento dei due medici "innovatori", giungeva inaspettatamente a Torino un funzionario del Ministero della Sanità con l'incarico di condurre un'inchiesta sull'ospedale di via Giulio. L'ispezione era stata sollecitata da sette deputati del PCI e del PSIUP, che attraverso un'interrogazione[24] al ministro Ripamonti avevano denunciato le «condizioni carenziali» delle degenti, gettando nel contempo pesanti ombre proprio sull'operato del vicedirettore, sospettato tra l'altro di aver «sfruttato alcuni ricoverati per far loro eseguire gratuitamente lavori di restauro nella propria abitazione» e di aver fatto «svolgere lavori domestici in casa propria ad alcune infermiere, facendole collocare in stato di malattia». Nonostante godesse della «stima incondizionata»[25] del personale di assistenza, per il quale egli rappresentava l'ultimo grande baluardo contro la tanto temuta liberalizzazione interna, al termine dell'indagine Gallian veniva sollevato dall'incarico e sostituito dal prof. Giorgio Coda, un personaggio altrettanto controverso, che negli anni a venire sarebbe stato dapprima coinvolto in un procedimento giudiziario per maltrattamenti ai danni di alcuni minori ricoverati presso Villa Azzurra, l'istituto medico pedagogico di cui era stato a lungo direttore, e poi gravemente ferito nel corso di un attentato di matrice terroristica rivendicato dalle Squadre Armate Proletarie, un gruppo vicino a Prima Linea.

Nella sua nuova veste di vicedirettore di via Giulio, tuttavia, l'atteggiamento di Coda verso le richieste dei "contestatori" fu subito caratterizzato da una tolleranza forse un po' forzata dagli eventi ma comunque sufficiente a permettere la formazione di una prima comunità terapeutica, che si insediava all'inizio di aprile presso il reparto 5: era composta dai dottori Crosignani e Luciano e da una trentina di infermiere volontarie, si avvaleva della collaborazione di una psicologa e di sei studenti universitari e aveva in carico all'incirca centocinquanta malate, perlopiù lungodegenti.

[24] Interrogazione a risposta orale n. 3-01172, presentata dai deputati Levi Arian Giorgina, Todros, Spagnoli, Damico, Sulotto, Allera, Amodei.

[25] «Il personale dell'ospedale psichiatrico di via Giulio 22, Torino, riunito in assemblea per quanto scritto sul quotidiano "La Stampa" del giorno 28-3-1969, in riferimento al direttore dott. Umberto Gallian, deplora quanto pubblicato a suo riguardo e all'unanimità solidarizza col medesimo manifestandogli incondizionata stima». La missiva, recante la firma di oltre 200 infermiere, si trova in Archivio di Stato di Torino [di seguito AST TO], *Fondo Gabinetto di Prefettura*, Mazzo 713, fasc. 3, n. protocollo 1251, cat. 15/2, 1 aprile 1969.

Il 9 aprile, considerando conclusa una vicenda che nelle forze dell'ordine aveva suscitato un certa dose di allarme, il Questore di Torino poteva scrivere al Prefetto una lettera dai toni rassicuranti: «si comunica che [...] attualmente la situazione si è normalizzata ed il sanitario, dr. Crosignani Annibale, fautore di più razionali e moderni metodi terapeutici, di cui era in predicato il trasferimento presso l'ospedale psichiatrico di Collegno, continua a prestare servizio nell'ospedale torinese. Recentemente, la direzione del nosocomio, accogliendo le istanze di giovani sanitari, tra cui il Crosignani, di studenti in medicina e di parenti di ricoverati, ha introdotto in via sperimentale nel reparto 5 nuovi metodi terapeutici che saranno affidati ad una équipe [...]. Tali metodi partono dal presupposto che l'ammalato di mente non è un essere asociale ma, al contrario, una persona da recuperare per la società e che pertanto deve essere trattata con particolari accorgimenti anche da un punto di vista psicologico; vengono anche annunciati miglioramenti in altri reparti, tra cui l'abolizione delle divise, che saranno sostituite con abiti civili, e l'intensificazione dell'attività sociale»[26].

Liberalizzazione interna e comunità terapeutiche verticali

Dalla cartella clinica n. 17.

Colloquio con la Signora P. a proposito del programma di inserimento nella sua famiglia. È incerta e ambivalente: contenta dell'interessamento dei suoi familiari, titubante a lasciare il suo mondo, avendo paura, tra l'altro, di non essere accettata, di disturbare. Sembra però che prevalga il desiderio di uscire dall'O.P. [...]. Colloquio telefonico con la figlia, a riguardo di una lettera che il fratello A. ha scritto dalla Liguria alla paziente. Da questa si deduce chiaramente che la nuora ha messo il veto all'arrivo della suocera, in quanto teme che i suoi discorsi a volte incoerenti possano influenzare negativamente i propri figli [...]. La signora P., molto riservata, orgogliosa, sempre nello stato d'animo di chi teme di poter arrecare disturbo agli altri, ha capito come stanno le cose e finge di non dolersene, accettando un'altra soluzione con molto buon senso e dignità. Dimissione nella casa di riposo di...[27].

Dalla cartella clinica n. 140.

Chiede di andare a Torino a trovare i suoi parenti. Ha ancora un fratello e una sorella che abitano alla periferia della città. Torna soddisfatta. Non

[26] AST TO, *Fondo Gabinetto di Prefettura*, Mazzo 713, fasc. 3, «Questura di Torino, Riservata n. 066/467/10 del 9 aprile 1969, con oggetto Ospedali psichiatrici di Torino e provincia», n. protocollo 1251, cat. 15/2, 11 aprile 1969.

[27] La cartella clinica è riportata in G. Petrone, *Reinserimento sociale di degenti psichiatrici istituzionalizzati: analisi di un'esperienza*, Tesi di specializzazione in Psicologia cit., p. 39.

riceve visite [...] da parecchio tempo. Nulla di nuovo. Si pensa alla sistemazione in qualche istituto [...], non essendo l'ospedale un luogo adatto a lei. I parenti non la vogliono. Da sola non è in grado di vivere. Dimissione in casa di riposo per anziani[28].

Dalla cartella clinica n. 69.

Ritorna dal lavoro abbastanza stanca; tuttavia resiste bene, non ha mai avuto un momento di sconforto [...]. Ci si domanda che senso abbia tenere un caso simile in ospedale psichiatrico; ma dove mandarla? All'esterno non c'è nessuno che si interessi di lei. Da sola non è in grado di resistere e neppure lei se la sentirebbe; non c'è un istituto adatto; è abbastanza legata all'ospedale o, se vogliamo, all'équipe del reparto 5 [...]. A. è crollata: si mette a letto, compaiono crisi isteriche e violente, somatizzazioni ad ogni livello. Atteggiamento invariato. In un certo senso A. è una delle protagoniste negative del reparto [...]. La crisi va gradatamente migliorando [...]. Ripresa dell'attività lavorativa esterna. Condizioni fisiche ottime. Psichicamente è tornata in equilibrio al punto da riprendere la vita che conduceva prima della crisi [...]. Continua ad andare al lavoro, programma di uscire dall'O.P. e cerca un'adeguata sistemazione. Si discute in assemblea il caso di A. Si arriva alla soluzione, lei d'accordo, di sistemarla in Vicolo..., in compagnia di A. E., ex degente [...]. Dimissione in data odierna [...]. A. viene in reparto. L'umore appare sempre buono. Pur tra qualche difficoltà, è evidente la gioia di essere fuori»[29].

Ciò che salta agli occhi, nell'esaminare anche solo superficialmente le cartelle cliniche di alcune delle ricoverate prese in carico dalla comunità terapeutica del reparto 5, è la meticolosità con cui vi vengono descritti taluni aspetti prima del tutto trascurati: se per il periodo anteriore al 1969, infatti, quelle cartelle riportano più che altro annotazioni sintetiche, quasi sempre relative alle terapie o alle vaccinazioni di volta in volta somministrate, dopo si fanno sempre più assidui e circostanziati i riferimenti ai desideri e alle aspettative delle degenti, alla loro situazione familiare, alle prospettive di reinserimento lavorativo di ciascuna di esse, ad un insieme eterogeneo di elementi, insomma, che denotano da parte dell'équipe curante un approccio al problema psichico di tipo non esclusivamente medico-clinico. Approccio che però non rappresentava soltanto il frutto di una precisa scelta teorica, di una maggiore sensibilità, cioè, ai condizionamenti sociali quali fattori eziologici della malattia mentale, ma che indicava piuttosto l'esistenza di un nuovo

[28] Ivi, p. 59.

[29] G. Petrone, *Reinserimento sociale di degenti psichiatrici istituzionalizzati: analisi di un'esperienza* cit., pp. 121-122.

stile di lavoro, di una pratica concreta rivolta alle pazienti e attuata in primo luogo per offrire loro i mezzi necessari ad affrontare le dimissioni dall'ospedale, obiettivo principe verso cui tendeva tutta l'azione della comunità terapeutica.

Cardine di tale pratica erano le attività risocializzanti: si trattava perlopiù di "permessi di libera uscita", che le malate utilizzavano anche solo per una passeggiata in città, per recarsi al cinema o in sala da ballo, e talvolta di vere e proprie gite, momenti di svago e di riapprendimento sociale ma altresì occasione d'incontro tra le ricoverate e i loro parenti, strumento dunque per ripristinare legami familiari spesso spezzati da molti anni e ai quali tuttavia l'équipe riconosceva ancora la valenza di risorsa imprescindibile nell'opera di reinserimento esterno delle pazienti. Dentro il reparto, invece, la ricostruzione dei rapporti sociali e interpersonali, resa possibile inizialmente dall'abolizione dei mezzi di contenzione e stimolata da studenti e volontari, che con la loro semplice presenza testimoniavano una possibilità alternativa al modello di vita manicomiale, trovò poi pieno compimento nell'assemblea: vero cuore pulsante della comunità, essa rappresentava non soltanto una forma condivisa di controllo sociale, utile nella misura in cui lo staff aveva ripudiato la tradizionale gestione autoritaria e personalistica del potere, ma anche una sorta di terapia di gruppo. Era nelle assemblee, infatti, che venivano risolte le controversie tra i membri della comunità, che venivano affrontati e discussi i comportamenti più marcatamente antisociali delle ammalate, che era dato libero sfogo alle ansie e alle frustrazioni represse, che ad ognuno, infine, era concesso di condividere con gli altri i propri progetti per il futuro, le proprie paure, i propri desideri.

A distanza di tre mesi dalla nascita della comunità terapeutica del reparto 5, su iniziativa del dottor Filiberto Vercellino e di Paolo Roccato, studente di medicina che in precedenza si era contraddistinto come uno dei leader del movimento di contestazione, anche il reparto 3, il "furia", veniva trasformato in senso comunitario; il manicomio di Torino perdeva così l'asse portante del suo sistema disciplinare e punitivo, il luogo delle contenzioni per antonomasia, ove per anni erano stati rinchiusi gli elementi ritenuti più aggressivi, i disturbatori, gli indesiderati, gli esclusi tra gli esclusi, e che aveva sempre rappresentato, nelle mani del personale sanitario, un formidabile strumento di minaccia e di dissuasione da impiegarsi all'occorrenza contro i ricoverati più refrattari alla disciplina manicomiale.

Il 13 settembre, poi, per celebrare i primi sei mesi di vita delle comunità terapeutiche in via Giulio, un gruppo di medici, infermiere e ammalate si riuniva, alla presenza di quattro giornalisti dei quotidiani cittadini, nel cortile dell'ospedale e, dopo averli cosparsi di benzina, dava alle

fiamme i mezzi di contenzione. Ma il «falò delle cinghie»[30], che pure voleva simboleggiare nelle intenzioni dei suoi promotori la nascita di una psichiatrica più vicina alle esigenze dei pazienti e capace altresì di ripudiare i vecchi metodi coercitivi, non coincise affatto con la fine delle violenze dentro i manicomi. Nel gennaio del 1970, anzi, proprio via Giulio fu sede di un nuovo scandalo, sollevato dai genitori di una giovane ricoverata, che dopo essersi recati in visita alla figlia avevano riferito ad un cronista della "Gazzetta del Popolo" di averla trovata «legata come Cristo in croce, con le cinghie ai polsi e ai piedi»[31]. Fatto che destò tanto più scalpore in quanto la ragazza era ospite di una delle cosiddette "comunità terapeutiche verticali"(chiamate anche "guidate"), soluzioni di compromesso in cui le innovazioni effettive erano in realtà piuttosto circoscritte – il potere decisionale era ancora saldamente nelle mani del medico primario, che lo esercitava dall'alto, in modo "guidato" per l'appunto, senza ricorrere al parere degli infermieri e neppure a quello dell'assemblea dei ricoverati – ma che l'amministrazione sanitaria aveva comunque sostenuto strenuamente[32], propagandandole addirittura come la forma più autentica ed efficace di cambiamento nella gestione dei reparti.

Collegno: Carta dei diritti e Commissione di tutela

Il 17 maggio del 1969, durante un'assemblea nel teatrino dell'ospedale di Collegno, veniva presentata la *Carta rivendicativa dei diritti dei ricoverati*. Il documento, elaborato nelle settimane precedenti dall'Associazione per la lotta contro le malattie mentali, in collaborazione con un gruppo di ricoverati, i rispettivi familiari e alcuni studenti, chiedeva in sostanza

[30] Cfr. "La Stampa Sera", *Un rogo nel manicomio*, 13 settembre 1969; "La Stampa", *Malate e medici condannano al rogo le camicie di forza*, 14 settembre 1969; "Gazzetta del Popolo", *Bruciate all'ospedale di via Giulio le fettucce per i malati*, 14 settembre 1969.

[31] "Gazzetta del Popolo", *Nel reparto 2 di via Giulio ancora polsi e piedi legati*, 21 gennaio 1970.

[32] In un suo scritto del 1967, il direttore sanitario degli OO.PP. di Torino, Diego De Caro, aveva delineato i tratti caratteristici della comunità guidata: «noi pensiamo che questa socioterapia comunitaria non possa funzionare senza l'intervento di una leadership, che non s'identifichi con la comunità malata e che con i requisiti della insostituibile preparazione tecnica debba guidare i malati nella ricostruzione della loro personalità [...]. Noi pensiamo di organizzare [...] una comunità in cui i rispettivi ruoli siano mantenuti [...]. Non si realizza così – lo comprendiamo benissimo – una tipica C.T. sul modello propugnato da Maxwell Jones; piuttosto pensiamo di creare [...] una Comunità terapeutica guidata, che dovrebbe eliminare gli inconvenienti del totale autogoverno [...] e che, senza proporre delle situazioni insostenibili o quanto meno irrealizzabili, potrebbe offrire un importante contributo a risolvere, sul piano concreto, il problema della deistituzionalizzazione del malato nell'ospedale psichiatrico». D. De Caro, *Funzione e limiti della comunità terapeutica nell'ospedale psichiatrico ed i concetti della malattia mentale*, in "Annali di Freniatria e Scienze Affini", 1967, pp. 116-117.

che venissero estesi a tutto il complesso ospedaliero torinese i miglioramenti che fino ad allora erano stati introdotti, tanto sul piano materiale quanto appunto su quello dei diritti, soltanto nei pochi reparti gestiti come comunità terapeutiche: le richieste avanzate riguardavano, tra le altre cose, l'abolizione dei mezzi coercitivi, la possibilità, per i ricoverati, di circolare, di riunirsi e di associarsi liberamente all'interno dell'istituzione, il diritto per ognuno «di spedire e ricevere corrispondenza senza censura e controlli», di «serbare e disporre degli oggetti personali», «di fruire a propria scelta di libri, riviste, giornali e di redigere eventualmente un proprio foglio informativo»[33]. L'articolo 10, infine, prevedeva la creazione di un «organo di controllo [...] composto da cittadini non appartenenti alla pubblica amministrazione»[34] e con compiti di difesa dei ricoverati in campo civile, penale e amministrativo.

Costituitosi effettivamente tale organo – erano entrati a farne parte trentacinque persone, tra cui studenti, casalinghe, assistenti sociali, medici, giuristi, psicologi e operai – nei giorni seguenti aveva inizio una complessa trattativa tra l'Associazione e l'Opera pia per l'ottenimento dei permessi di entrata all'interno del manicomio necessari affinché la neonata Commissione di tutela potesse espletare in pieno le sue funzioni. Trattativa che peraltro si preannunciava niente affatto facile, anche perché il presidente Rubatto, in risposta alle critiche rivoltegli proprio durante un incontro pubblico promosso dalla ALMM, aveva da poco posto il veto sull'organizzazione, nei locali del manicomio, di ulteriori assemblee con la «partecipazione di estranei»[35]. A complicare ancora di più il quadro si aggiunse poi anche l'atteggiamento di completa chiusura adottato dai sindacati di categoria nei confronti della Commissione e culminato in una serie di scioperi, il più imponente dei quali pare fosse riuscito a coinvolgere addirittura mille e cento tra infermieri e addetti ai servizi generali[36].

La trattativa proseguì lungo tutta l'estate del '69, periodo durante il quale l'ospedale di Collegno visse una delle fasi più drammatiche della sua storia. La presenza degli studenti, che malgrado il divieto imposto dalla Presidenza non avevano smesso di frequentare i reparti, spesso con l'appoggio di qualche medico accondiscendente, determinava continue rimostranze da parte dei sindacati e scioperi che a volte si pro-

[33] Associazione per la lotta contro le malattie mentali (a cura di), *La Fabbrica della follia* cit., p. 11.

[34] *Ibidem*.

[35] "La Stampa", *Manicomio: vietate le assemblee con la partecipazione di estranei*, 25 maggio 1969.

[36] AST TO, *Fondo Gabinetto di Prefettura*, Mazzo 713, fasc. 3, «Questura di Torino, Riservata n. 066/467/10 del 26 maggio 1969, con oggetto Ospedali psichiatrici di Torino e provincia: agitazione dei dipendenti», n. protocollo 1251, cat. 15/2, 28 maggio 1969.

traevano anche per alcuni giorni. All'inizio di giugno persino i Carabinieri – rilevato da fonti interne che «elementi facinorosi di estrema sinistra [...] miravano ad alimentare il malcontento tra gli ammalati e ad istigarli ad attuare una sommossa analoga a quella verificatasi [...] nel locale Carcere Giudiziario» – giungevano a chiedere al Prefetto di «vietare l'ingresso negli ospedali psichiatrici [...] a qualsiasi [...] persona sospetta»[37]. Intanto, il progressivo deteriorarsi della situazione aveva indotto il presidente Rubatto a rassegnare le dimissioni; al suo posto era stato nominato l'ex Prefetto di Torino Francesco Rocco, un uomo d'ordine che si sperava – tali almeno parevano essere state le ragioni di quella scelta – avrebbe saputo ripristinare l'armonia perduta, ponendo un freno alla deriva quasi anarchica in cui sembravano essere incappati i manicomi torinesi nel corso di quelle settimane.

Il 29 agosto, dopo che per tutto il mese si erano susseguite numerose manifestazioni di protesta da parte dei ricoverati contro l'ergoterapia[38], la Commissione di tutela otteneva la tanto attesa autorizzazione: con il consenso dell'assemblea dei medici e, un po' inaspettatamente, del personale di assistenza, il Consiglio di amministrazione dell'Opera pia aveva infatti stabilito che da quel momento e, a titolo sperimentale, fino al 31 dicembre del 1969, i trentacinque membri della Commissione avrebbero potuto frequentare il manicomio senza restrizioni d'orario e condurre le loro indagini liberamente, con il solo divieto di scattare fotografie e di consultare le cartelle cliniche dei ricoverati[39]. Da tali indagini, che ebbero inizio ai primi di ottobre, in un clima di tensioni che peraltro non accennavano a placarsi[40], sarebbe poi scaturito un pamphlet di un certo successo editoriale, *La Fabbrica della Follia*, pubblicato da Einaudi nel 1971.

[37] AST TO, *Fondo Gabinetto di Prefettura*, Mazzo 713, fasc. 3, «Legione Territoriale Carabinieri di Torino, Gruppo di Torino, Riservata n. 81097/18-2 del 1 giugno 1969, con oggetto Collegno e Grugliasco, situazione interna degli ospedali psichiatrici».

[38] Nell'ambito della contestazione, l'ergoterapia era assurta a simbolo della funzione classista delle istituzioni manicomiali: «nelle cliniche dei ricchi i ricoverati non lavorano», argomentava al riguardo un volantino del 18 agosto 1969, aggiungendo inoltre che «solo i ricoverati poveri sono obbligati a lavorare, perché non sono offerte altre possibilità di occupare il loro tempo e perché non sono curati [...]. Aprite bene gli occhi! Non siete qui per lavorare, ma per essere curati e dimessi». APC, Volantino a firma delle comunità terapeutiche dei reparti 3 e 5 dell'ospedale di via Giulio, 18 agosto 1969, ciclostilato in proprio.

[39] AOP TO, VCAOP, seduta del 29 agosto 1969, pp. 960-964.

[40] L'8 ottobre, per effetto dell'ennesima lettera dai toni allarmistici ricevuta dalle forze dell'ordine, il Prefetto scriveva al presidente dell'amministrazione provinciale, segnalandogli che alcuni malati proponevano di «occupare i nuovi reparti [...] e approfittare del conseguente caos allo scopo di arrecare danni indiscriminati ai [...] padiglioni già arredati». AST TO, *Fondo Gabinetto di Prefettura*, Mazzo 713, fasc. 3, «Prefettura di Torino, Raccomandata urgente n. 1251-15/2 dell'8 ottobre 1969, con oggetto situazione degli ospedali psichiatrici di Collegno e Grugliasco».

Colpire la contestazione: il caso de «Il Veliero»

> Una ricoverata, che ha il nome di una repubblica sudamericana, viene prelevata dall'ospedale di Grugliasco, dove si trovava degente, e trasferita all'ospedale di Savonera. Quivi codesta ricoverata si prostituisce giornalmente ai ricoverati di Collegno in libera uscita (la cittadinanza deve sapere che circolano per la città i pazzi più pericolosi) mediante compenso di lire 1000. Nelle ore serali la medesima ricoverata si prostituisce ai passanti, sulla strada provinciale, fuori dal cancello [...]. Tutto ciò avviene sotto la direzione del prof. F., cattolico praticante [...]. Un'altra ricoverata masturba i passanti in via Giulio, per poco o niente guadagno, e poi va a lavarsi le mani in portineria [...]. Talune malate della sezione 5 [...] in libera uscita notturna offrono talvolta [...] lo spettacolo di cagnette in calore... ve ne sono di quelle che masturbano qualche partner occasionale. Alcune sono state viste scavalcare il cancello, nelle ore piccole, per poter rientrare in ospedale a dormire, dopo le passeggiate... terapeutiche[41].

Il 17 febbraio del 1970, il settimanale «Il Veliero», organo di stampa della sezione torinese del PSU, usciva con un numero speciale intitolato *Il Messia non è passato in via Giulio*, sei pagine d'inchiesta sugli ospedali psichiatrici cittadini letteralmente traboccanti delle più svariate ed impensabili insinuazioni rovesciate addosso ai protagonisti, o ai presunti tali, della contestazione antimanicomiale. Tutti ne erano in qualche misura toccati, persino i personaggi ai quali più si fatica a riconoscere un ruolo, sia pure marginale, nell'ambito di quelle vicende. Come ad esempio l'ex prefetto Francesco Rocco, cui era toccato in sorte, suo malgrado, di dover guidare in qualità di presidente l'Opera pia negli ultimi sei mesi del 1969, il periodo forse più caotico nella storia dell'ente, durante il quale, per ammissione dello stesso Rocco, sia la direzione sanitaria sia quella amministrativa risultavano «pressoché paralizzate da continue pretese, minacce, attacchi interni ed esterni»[42] e gli ospedali sembravano in preda ad un inarrestabile «processo di disgregazione disciplinare»[43]. Fautore – lo si è già osservato – di un infruttuoso tentativo di normalizzare la situazione, assai poco accondiscendente alle istanze dei medici innovatori, verso i quali, anzi, aveva intentato più di un procedimento disciplinare, non mancando peraltro di esibire la cosa come uno dei più alti meriti della sua gestione, Rocco veniva invece dipinto dagli autori dell'inchiesta come un «ex fascista» passato alla mercé dell'estrema sinistra maoista. I maoisti, ben inteso, erano proprio i pochi psichiatri "contestatori", i vari Pascal, Vercellino, Crosignani e Luciano, gli artefici, cioè, di quella liberalizzazione interna che

[41] "Il Veliero", *Il Messia non è passato in via Giulio*, 17 febbraio 1970, p. 6.

[42] APC, F. Rocco, *Raccomandata al sig. Direttore de Il Veliero*, Torino, 16 marzo 1970.

[43] *Ibidem*.

nell'articolo pareva incarnare il male assoluto, il simbolo di una degenerazione politica, scientifica e persino morale: «promiscuità sessuale, ingresso indiscriminato di estranei di giorno e di notte [...], malate in libera uscita senza permesso e senza accompagnamento [...], nomina dittatoriale di infermiere o capo sala [...], disordine amministrativo, dimissioni» improprie e non autorizzate, «rigido dogmatismo», «rapporti di connivenza, di omertà, di dedizione fideistica, di cieca servitù ad una causa» situata a metà tra la «mafia e il maoismo», a ciò si riducevano le comunità terapeutiche nell'impietosa raffigurazione che ne proponeva «Il Veliero». Soltanto quelle orizzontali, però, perché le altre, le cosiddette comunità guidate, rappresentavano al contrario la strada da seguire, l'esempio di un «sano riformismo costruttivo» che secondo una fantasiosa similitudine algebrico-politica stava «alla psichiatria dei dottori Crosignani e Luciano come il socialismo inglese e nordico all'anarchia».

Nei numeri successivi il giornale del PSU riusciva addirittura a rincarare la dose, giungendo ad auspicare che il nuovo presidente, la democristiana Vietti, avrebbe saputo «combattere fino in fondo la battaglia per sanare una situazione insopportabile, fondata su un marciume e una serie di degenerazioni accumulatesi per anni»[44]. E se «per arrivare al rispetto della legalità occorre allontanare i fomentatori del disordine materiale e morale – dichiarava perentoriamente l'autore del nuovo articolo – allora sì, chiediamo il taglio deciso»[45]. Il tenore delle accuse, però, rimaneva grosso modo lo stesso di prima, ossia un misto di anticomunismo viscerale, che spingeva «Il Veliero» ad accomunare tutto il fronte della contestazione sotto l'etichetta ideologica e omologante di «fascismo rosso», e di acredine personale nei confronti dei medici delle comunità terapeutiche: «elementi sovversivi e socialmente pericolosi», cui si continuava ad attribuire, più o meno velatamente, la responsabilità di illeciti gravissimi, dall'omicidio colposo alla violenza carnale.

Intanto la polemica non aveva risparmiato neppure il Consiglio provinciale. Al principio di marzo, infatti, un'interrogazione promossa da due rappresentanti del PSU aveva scatenato un dibattito violentissimo. Il consigliere Vera, promotore dell'iniziativa con il collega di partito Nicastri, aveva ripreso alla lettera le tesi de «Il Veliero», aggiungendovi tuttavia qualche nota di colore qua e là – secondo lui, ad esempio, gli infermieri ostili al nuovo corso correvano il rischio di «essere accoltellati o di buscarsi un colpo di pistola»[46] – e facendo leva sul sempre vivo timore nei confronti della pazzia per reclamare un ritorno all'ordine negli ospedali psichiatrici: «io ritengo – aveva argomentato al riguardo – che questi fatti debbano essere chiamati con il loro nome, che siano

[44] "Il Veliero", *Ospedali psichiatrici: innovazioni sì, ma ragionate*, 21 marzo 1970, p. 3.

[45] *Ibidem*.

[46] Cfr. AGP TO, VCP, 1970, vol. I, p. 19.465.

cioè pericoli che corrono coloro che lavorano nei [manicomi], siano pericoli che corrono i cittadini in quanto, ad un certo momento, anche nei confronti di malati pericolosi non viene più ad esserci quella sorveglianza che sarebbe necessaria e obbligatoria»[47].

In seno alla Provincia il contrasto politico era comunque destinato a risolversi in tempi brevi. La vicenda sarebbe invece proseguita sul piano giudiziario ancora per alcuni anni: l'inchiesta della Magistratura, originata da un esposto del direttore del «Il Veliero», Arnaldo Della Bruna, e di Domenico Oggianu, sindacalista UIL in seguito espulso dall'organizzazione, si sarebbe poi allargata fino a coinvolgere una ventina tra infermieri e medici degli ospedali psichiatrici torinesi, per concludersi soltanto nel luglio del 1977 con il proscioglimento in istruttoria di tutti gli imputati:

> l'iniziativa – avrebbe spiegato il giudice nella sentenza – era in pratica sorta nella sede della federazione torinese del PSDI (più propriamente del PSU di quegli anni), in seguito ad incontri tra l'allora senatore Magliano, il Della Bruna e il defunto dott. Gallian, allora vicedirettore sanitario degli ospedali psichiatrici. Singolari analogie tra l'esposto di Della Bruna e Oggianu e una denuncia di Gallian fanno ritenere che tutti e due i documenti vennero predisposti dalla stessa persona, vale a dire dal Gallian, il quale nella sua duplice veste di vicedirettore sanitario e di dirigente della quinta sezione femminile di via Giulio 22, ben poteva accedere a tutti i minuziosi dati citati negli esposti, attingere ai pettegolezzi che sono disseminati a piene mani in quei testi e tenerne giorno per giorno un'accurata contabilità. Se è vero che ben raramente il processo penale nasce da una ricerca disinteressata della verità è altrettanto vero che tra i compiti del giudice figura anche quello di rendersi conto se chi denuncia un reato lo faccia nell'intento di assicurare un malfattore alla giustizia oppure se la sua accusa miri soltanto a strumentalizzare a fini egoistici l'intervento del magistrato e a servirsi di questo come di un braccio secolare dotato di cieca potestà punitiva[48].

[47] Ivi, pp. 19.465-19.466.

[48] "La Stampa", *Per contrasti di natura politica si scatenò la caccia alle streghe*, 28 luglio 1976.

La psichiatria di settore a Torino

Consensi e contraddizioni

Nella seduta del 24 febbraio 1969, il Consiglio provinciale di Torino aveva deliberato l'istituzione di una Commissione tecnico-amministrativa per la ristrutturazione dell'assistenza psichiatrica. Costituitasi effettivamente a fine aprile, essa aveva iniziato subito i suoi lavori, effettuando dapprima una serie di sopralluoghi nelle varie sedi ospedaliere dipendenti dall'Opera pia, per poi recarsi, il 9 e il 10 luglio, a Parigi, in visita al XIII *Arrondissement*, il circondario psichiatrico divenuto celebre per aver rappresentato uno dei primi esempi di organizzazione settoriale in Europa. A distanza di qualche giorno da quella visita, alla Giunta veniva consegnato un documento ufficiale in cui la Commissione prospettava, anche per il capoluogo piemontese, l'adozione della politica di settore, suggerendo inoltre la creazione di 11 zone operative, intese non «come semplice dimensione territoriale ma come entità a sé stanti, in grado di fornire servizi» sul piano preventivo, terapeutico e della riabilitazione attraverso «il lavoro continuativo di apposite équipes»[49].

Nell'ambiente dei manicomi l'ipotesi settoriale fu accolta con interesse soprattutto dai medici che in precedenza avevano dato vita ad esperienze comunitarie. A dicembre erano già tre i progetti concreti in tal senso. Al primo, presentato congiuntamente dalle équipes dei reparti 3 e 5 di via Giulio, erano seguiti quello della comunità terapeutica della dodicesima sezione di Collegno e quello, successivo, dei dottori Germano Oseglia, Giulio Marullo Reetz e Furio Gubetti, tutti sostenitori delle cosiddette comunità guidate. Alla fine dell'anno, poi, anche il direttore sanitario, rientrato nel frattempo in servizio dopo un breve periodo di sospensione, si dichiarava favorevole alle indicazioni della Commissione tecnico amministrativa. La sua *Proposta operativa per una prima organizzazione psichiatrica di settore*, però, se sotto il profilo pratico delineava un piano di settorizzazione aderente alla linea prospettata dall'organo consultivo della Provincia, conteneva altresì affermazioni di principio che tradivano quantomeno una certa cautela da parte dell'autore: diversi sono infatti i passaggi nei quali De Caro si soffermava a sottolineare come la politica di settore non si ponesse in contrasto con la sopravvivenza del manicomio, né con i «trattamenti curativi tradizionali»[50], né tanto meno con gli «approc-

[49] APC, Commissione Tecnico-Amministrativa per la ristrutturazione dell'assistenza psichiatrica e dei relativi servizi nella provincia di Torino, *Primo consuntivo di attività*, luglio 1969, p. 7.

[50] AGP TO, categoria 5, classe 03, D1-76D, De Caro, *Proposta operativa per una prima organizzazione psichiatrica di settore secondo il piano di ristrutturazione dei servizi psi-*

ci biologici e biosomatici»[51] alla malattia mentale, quasi a voler dimostrare a sé stesso che l'applicazione del nuovo indirizzo, potendo esso convivere, in fin dei conti, con una visione organicista della psichiatria, non avrebbe comportato cambiamenti troppo bruschi rispetto al passato. Preoccupazioni del tutto assenti, invece, nei progetti presentati dalle équipes dei reparti 3, 5 e 12, per le quali, anzi, il lavoro di settore rappresentava più che altro una sorta di naturale prosecuzione all'esterno dell'esperienza comunitaria, un modo cioè per «mettere in discussione l'ordinamento manicomiale»[52] spostando sul territorio il baricentro dell'assistenza. Ancora differente, infine, si presentava la proposta settoriale dei dottori Oseglia, Marullo Reetz e Gubetti: fondata sul «rifiuto di un'interpretazione estremisticamente politicizzata e mitologica della malattia mentale» e su una «rinnovata fiducia nel trattamento psicofarmacologico»[53], essa prevedeva di associare la "comunità verticale" della settima sezione di via Giulio con il reparto di accettazione diretto da Oseglia: «il motivo per cui riteniamo utile questa simbiosi – spiegavano gli autori del progetto – è il fatto che, al di là di ogni utopia, riteniamo impossibile l'inserimento in una comunità terapeutica del paziente psichiatrico in fase acuta, che deve essere trattato biologicamente in apposito reparto di accettazione»[54].

Si deve peraltro osservare come ad uno sguardo più attento anche il consuntivo della Commissione tecnica rivelasse l'esistenza, al suo interno, di elementi contraddittori: vi comparivano, ad esempio, continui riferimenti alla necessità di potenziare i servizi extraospedalieri facenti capo al Centro d'igiene mentale, senza che tuttavia venisse mai chiarito come tali servizi avrebbero dovuto coordinarsi, in futuro, con i vari settori di cui si proponeva la realizzazione; vi si parlava indistintamente di comunità terapeutiche, di zone psichiatriche, di profilassi, di unità sanitarie locali, di ridimensionamento dei manicomi, di strutture per l'igiene mentale, ma in assenza di una prospettiva capace di mantenere uniti tutti quei principi teorici e organizzativi integrandoli coerentemente in un programma assistenziale d'insieme. L'impressio-

chiatrici preparato dall'amministrazione provinciale di Torino, 22 dicembre 1969, p. 4.

[51] Ivi, p. 6.

[52] APC, A. Crosignani, G. Luciano, S. Strom, F. Vercellino, *Relazione senza titolo*, 27 ottobre 1969, p. 3; Cfr. anche Archivio dell'Unione CISL di Torino, Fondazione Vera Nocentini [di seguito AFVN], *fondo 1 (Aldo Romagnolli)*, B XVI, F 318/B, équipe del reparto 12 di Collegno, «Osservazioni e proposte per il lavoro psichiatrico di settore, in base ad una particolare esperienza di comunità terapeutica e di attività di équipe», 24 novembre 1969.

[53] AFVN, *fondo 1 (Aldo Romagnolli)*, B XVI, F 318/B, G. Oseglia, G. Marullo Reetz, F. Gubetti, «Proposta operativa per un esperimento di psichiatria di settore nell'ambito degli ospedali psichiatrici di Torino», p. 2.

[54] G. Oseglia, G. Marullo Reetz, F. Gubetti, *Proposta operativa per un esperimento di psichiatria di settore nell'ambito degli ospedali psichiatrici di Torino* cit. p. 7.

ne, in sostanza, è quella di un tentativo malriuscito di sintesi, frutto probabilmente dell'eterogeneità della Commissione, nella quale erano presenti – è opportuno ricordarlo – sia riconosciuti esperti in materia di settore, da Edoardo Balduzzi, dell'ospedale di Varese, alla neuropsichiatra infantile del PCI Marcella Balconi, sia amministratori provinciali, sia, soprattutto, il direttore del CIM di Torino, il dottor Angelo Lusso, che da un'eventuale settorizzazione non aveva poi molto da guadagnare, considerato come fino a quel momento fosse stato proprio il Centro da lui presieduto a gestire in modo pressoché esclusivo tutto quanto concerneva la profilassi e la post-cura delle malattie mentali sul territorio della provincia.

Riorganizzazione dei manicomi e assistenza esterna

Nel marzo del 1970 aveva inizio una profonda riorganizzazione strutturale dei manicomi torinesi, promossa dalla direzione sanitaria[55] in applicazione degli orientamenti suggeriti dalla Commissione tecnica della Provincia nel suo primo consuntivo di attività. In poche settimane tutte le sedi ospedaliere ne furono in vario modo coinvolte. Via Giulio, ad esempio, venne trasformata temporaneamente in un gerontocomio, cui furono ammessi anche malati di sesso maschile, mentre Grugliasco, Savonera, le "Ville" e una parte di Collegno furono destinate all'assistenza settoriale ed assegnate, rispettivamente, alle zone di Torino-Sud, Torino-Nord, Torino-Centro e Torino-Est. Vennero poi aperte nove nuove accettazioni[56], create undici équipes di settore[57], con la presenza anche di psicologi e di assistenti sociali, e centinaia di degenti furono costretti a lasciare, spesso controvoglia, i loro reparti di appartenenza per trasferirsi in altre sezioni costituite sulla base di criteri geografici. Il 4 maggio, infine, il Consiglio di amministrazione dell'Opera pia, con un solo voto contrario, stabiliva la suddivisione del complesso manicomiale di Torino in 6 unità ospedaliere indipendenti, ciascuna dotata di una sua propria direzione sanitaria[58].

Sebbene ufficialmente adottato per contribuire allo sviluppo della politica di settore e per dare attuazione all'articolo 1 della legge "Mariotti", che individuava in 625 il numero massimo di posti letto per gli ospedali

[55] Le linee guida e le fasi di tale processo si trovano espresse nel documento «Organizzazione settoriale dei gruppi operativi degli ospedali psichiatrici di Torino», redatto da De Caro in data 22 gennaio 1970 e discusso dal cda dell'Opera pia nella seduta del giorno successivo. Cfr. AOP TO, VCAOP, anno 1970, seduta del 23 gennaio, pp. 71-78.

[56] Cfr. AOP TO, VCAOP, anno 1970, seduta del 9 marzo, pp. 221-229 «Relazione sull'andamento sanitario dell'istituto».

[57] Cfr. AOP TO, VCAOP, anno 1970, seduta del 20 aprile, pp. 391-396 «Relazione sull'andamento sanitario dell'istituto».

[58] Cfr. AOP TO, VCAOP, anno 1970, seduta del 4 maggio, pp. 572-579.

psichiatrici italiani, quel provvedimento venne subito interpretato da una parte minoritaria del personale curante – all'interno della quale, tuttavia, figuravano quasi tutti gli psichiatri impegnati nelle comunità terapeutiche – come un'iniziativa destinata a rafforzare ulteriormente l'apparato ospedaliero, con prevedibili ripercussioni negative proprio sul futuro della settorizzazione: «è chiaro – recitava una mozione sottoscritta al riguardo da diciassette medici e due psicologi – che gli attuali cosiddetti settori non sono voluti altrimenti che come una mistificazione della realtà manicomiale di sempre; ed è pure chiaro che [essi] si trovano costretti a non poter assolvere alle richieste assistenziali della popolazione loro affidata»[59]. Denunce più circostanziate concernevano poi i servizi extraospedalieri, la cui mancata realizzazione era dovuta, a detta dei firmatari, alla carenza delle risorse destinate dall'Opera pia a tale scopo e alla radicata presenza, sul territorio della provincia, del CIM, istituzione considerata «contraddittoria con un'organica ed effettiva assistenza di settore»[60].

Nella seconda metà dell'anno, conclusasi la fase più intensa del riassetto organizzativo dei manicomi, prendeva lentamente avvio anche l'attività esterna, in una situazione che però non sembrava essere delle più favorevoli: il personale sanitario, già profondamente destabilizzato a causa della contestazione, aveva subito una nuova spaccatura e ora si agitavano al suo interno due fazioni contrapposte, l'una schierata con l'Opera pia per la formazione delle unità ospedaliere indipendenti[61], l'altra decisamente ostile a tale ipotesi; l'insufficienza delle risorse economiche e delle strutture necessarie, la scarsissima coordinazione tra l'amministrazione provinciale e quella ospedaliera, la mancanza di un programma di sviluppo ben definito obbligavano poi gli operatori coinvolti, peraltro quasi del tutto privi di esperienza in materia, a continue e ardite sperimentazioni, animate da un volontarismo spinto talvolta fino ai limiti dell'improvvisazione. In condizioni del genere nascevano comunque i primi quattro ambulatori, destinati a servire la popolazione di tre diverse zone cittadine. Per arrivare a una prima regolamentazione d'insieme dell'assistenza extraospedaliera dovevano

[59] AST TO, *Fondo Gabinetto di Prefettura*, Mazzo 713, fasc. 3, n. protocollo 634, cat. 15/2, 5 giugno 1970, Assemblea dei sanitari degli OO.PP. di Torino, Mozione sottoscritta in data 20 maggio 1970, p. 2.

[60] *Ibidem*.

[61] Può rendere l'idea del clima che si respirava in quei giorni tra i sanitari il seguente documento, elaborato da 35 psichiatri e fatto pervenire alla presidenza dell'Opera pia in risposta alla precedente "mozione dei 17": «i sottoscritti medici degli Ospedali psichiatrici, visto il diffondersi di tendenziose notizie e comunicati stampa ad opera di un gruppo minoritario che falsamente e gratuitamente si definisce rappresentanza di tutti i medici degli OO.PP., portano a conoscenza delle Autorità e dell'opinione pubblica [che] quanto diffuso come esito e parere assembleare in data 22 maggio non corrisponde a verità... ». AOP TO, VCAOP, anno 1970, seduta dell'11 giugno, p. 616.

tuttavia trascorrere ancora alcuni mesi: soltanto a dicembre, infatti, la Provincia si decideva a ratificare la suddivisione del territorio in 11 zone operative, costituite in modo da prefigurare le «future unità sanitarie di base» (USL), stabilendo inoltre che ad ognuna di esse fosse assegnato un «servizio psichiatrico autonomo e autosufficiente», dotato di un medico direttore, di un'équipe ogni 50 mila abitanti e di svariate strutture di cura, tra cui un «numero adeguato di centri d'igiene mentale di tipo ambulatoriale» e «un centro ospedaliero [...] di dimensioni non superiori a quelle di una divisione psichiatrica» (125 posti letto)[62].

[62] Cfr. AGP TO, VCP, 1970, vol. II, pp. 1.212 sg.

Gli infermieri nella crisi dei manicomi

Carcerieri o terapeuti?

Tra i pochi infermieri che nel 1968 aderirono alle assemblee di reparto promosse dal dottor Pascal c'erano anche due reduci dei campi di concentramento tedeschi durante la seconda guerra mondiale. In occasione di un nostro colloquio, fu lo stesso dottor Pascal a confidarmi di aver sempre ritenuto che la profonda sensibilità dimostrata da quegli infermieri nei confronti dei malati e dei loro problemi fosse in qualche misura riconducibile alla tragica esperienza della prigionia da essi vissuta[63]. Del resto non erano poche le analogie che accomunavano simili esperienze alla condizione dei ricoverati in manicomio. Basti pensare agli effetti spersonalizzanti causati dall'uso delle uniformi o anche soltanto alla rigida regolamentazione di ogni aspetto e momento della vita quotidiana. Per non dire poi delle violenze e delle brutalità che tanto il sistema manicomiale quanto quello concentrazionario erano soliti riservare ai loro sventurati "ospiti". Naturalmente non tutti gli infermieri che negli anni tormentati della contestazione abbracciarono i principi e i metodi degli psichiatri innovatori avevano alle loro spalle vissuti di sofferenza o vicissitudini che potessero considerarsi vicine a quelle dei degenti manicomiali. Nella gran parte dei casi, anzi, la loro disponibilità verso il "nuovo" dovette essere sapientemente conquistata proprio dai medici, attraverso un'opera di sensibilizzazione la cui sede "naturale" era sovente rappresentata dalle assemblee di reparto e che, almeno in certi casi, appariva influenzata da una visione politica della psichiatria e del manicomio di derivazione più o meno esplicitamente basagliana.

Ciononostante, negli anni compresi tra il 1968 e il 1971 (ma successivamente la situazione non doveva migliorare di molto) la stragrande maggioranza dei circa mille infermieri che lavoravano allora nei manicomi di Torino rimase del tutto sorda, se non addirittura ostile, ad ogni tentativo di rinnovare l'ambiente ospedaliero e di migliorare la vita dei malati. Tale atteggiamento, che colpì indifferentemente sia le comunità terapeutiche sia le prime sperimentazioni settoriali, tendeva a manifestarsi non soltanto attraverso i normali e legittimi strumenti della lotta sindacale, come lo sciopero, ma anche, e forse soprattutto, mediante un'infinita serie di ripicche e di ritorsioni più o meno gravi compiute ai danni dei protagonisti della contestazione anti-manicomiale: volendo abbozzarne qui un breve campionario, facendo ricorso alle testimonianze raccolte, si potrebbe andare dall'ostracismo o dallo scherno da parte dei compagni di lavoro, fino a veri e propri illeciti come la minaccia e la diffamazione. Sembra che nell'arte della rappre-

[63] Colloquio dell'autore con il dottor Enrico Pascal in data 29 marzo 2006.

saglia le donne riuscissero ad essere perfino più brutali dei loro colleghi maschi. Mi è stato riferito, ad esempio, che dopo la trasformazione del reparto 5 dell'ospedale di via Giulio in comunità terapeutica, non era infrequente vedere alcune delle infermiere più anziane e legate ai vecchi modelli manicomiali sputare a terra in segno di disprezzo alla vista di quelle più giovani che avevano aderito volontariamente al progetto comunitario[64].

Proprio nella sede ospedaliera di via Giulio, alla fine di maggio del 1969 un medico fu addirittura indotto a dare le dimissioni perché, come avrebbe dichiarato in seguito, le infermiere «gli facevano la guerra fredda»[65]. L'episodio fece particolare scalpore anche perché quello psichiatra apparteneva alla schiera degli innovatori e si trovava a Torino da poco più di due mesi. Gli era costata cara la sua decisione di presentare un esposto alla magistratura riguardo al comportamento di quattro infermiere del suo reparto. Due di esse erano state sorprese a fumare e a ricamare durante l'orario di lavoro mentre le altre due pare avessero abbandonato la sezione senza il necessario permesso. Da quel momento in avanti, un crescendo di atti di ritorsione posti in essere dal personale di assistenza, guidato ad arte dalle organizzazioni sindacali di categoria, aveva contribuito ad avvelenare l'ambiente e a creare i presupposti per le dimissioni del neoassunto psichiatra.

La storia dei manicomi torinesi, specialmente negli anni della crisi e nella successiva fase di avvicinamento alla riforma del '78, è ricchissima di vicende del genere, che nel loro insieme sono il segno di una certa difficoltà da parte degli infermieri a comprendere e ad accettare le trasformazioni in atto in quel periodo. Il perché di tutto questo non è certo facile a dirsi e qualsiasi risposta rischierebbe di condurre a discutibili generalizzazioni. Quel che si può fare al riguardo, però, è provare ad analizzare un po' più da vicino la figura dell'infermiere manicomiale.

Ancora sul finire degli anni Sessanta, i requisiti richiesti per accedere alla carriera infermieristica erano quelli stabiliti dalla vecchia legge giolittiana del 1904 e dal relativo regolamento del 1909. Esso disponeva ad esempio che gli infermieri, oltre a «saper leggere e scrivere», dovessero essere «dotati di sana costituzione fisica, riconosciuta con apposita visita medica»[66]. Un commentatore dell'epoca ne spiegava così le ragioni: «un'altra qualità che dobbiamo richiedere [...] è la buona salute e la robustezza. L'infermiere di manicomio conduce molto spesso una vita tutt'altro che comoda; deve star alzato di notte, restare lunghe ore in siti chiusi, mangiare quando può. Gli capita di dover correre perché un am-

[64] Colloquio dell'autore con il dottor Annibale Crosignani in data 20 aprile 2006.

[65] "La Stampa", *Nel manicomio femminile guerra fredda delle infermiere: un medico si dimette*, 23 maggio 1965.

[66] "Regolamento sui manicomi e sugli alienati", approvato con Regio Decreto 6 agosto 1909, n. 615, art. 23.

malato scappa, o fare notevoli sforzi per dividere due che litigano, per trasportare un ammalato robusto e agitatissimo. Ecco quindi evidente la necessità che l'infermiere sia sano e robusto per dichiarazione di un medico. È necessario anche che [egli] non abbia difetti che si vedano facilmente, perché in mezzo agli ammalati si troverebbe male, potendo alcuno di questi deriderlo»[67].

Quanto poi alla preparazione professionale, affidata a corsi interni della durata di sei mesi, essa era talmente insufficiente da apparire già del tutto inadeguata nelle settimane immediatamente successive all'entrata in vigore del regolamento sui manicomi e sugli alienati. Sentiamo ancora il nostro commentatore: «sei mesi di scuola [...] sono proprio pochini: in sei mesi o in un anno, anche ad essere diligenti e studiosi non c'è da imparar molto. Credo quindi abbiano ragione da vendere coloro che domandano un'istruzione migliore»[68]. Rivendicazione precoce, dunque – quella relativa ad una più scrupolosa formazione del personale di assistenza – ma destinata a non trovare risposte adeguate ancor per lungo tempo: una ricerca condotta nel 1970 su 40 ospedali psichiatrici pubblici italiani metteva ad esempio in evidenza come in più del 60 per cento di essi i corsi per infermieri avessero una durata compresa tra i sei e i dodici mesi e come nella quasi totalità dei casi il titolo di studio richiesto per accedere a tali corsi fosse la licenza elementare[69].

Per tutti gli anni Sessanta nei manicomi di Torino la scuola professionale fu gestita dai vice-direttori sanitari. Aveva una durata di circa sei mesi e vi si impartivano rudimentali nozioni di anatomia, di fisiopatologia, di igiene, di medicina generale e di tecniche assistenziali. Ciò che più contava, tuttavia, era che al termine del periodo formativo i partecipanti avessero ben interiorizzato la disciplina di reparto, che fossero in grado di somministrare alcune delle terapie più comuni e che soprattutto si mostrassero capaci di accudire – e di "custodire" – malati generalmente ritenuti pericolosi, applicando loro, quando necessario, gli opportuni mezzi di contenzione.

Il che non stupisce, tenuto conto di come fossero proprio le disposizioni di legge ad enfatizzare le funzioni di vigilanza assai più di quelle curative. In base all'articolo 34 del già citato regolamento del 1909, spettava infatti agli infermieri: «di sorvegliare ed assistere i malati affidati a ciascuno di essi; di vigilare attentamente affinché questi non» nocessero «a sé e agli altri e» fosse «provveduto ad ogni loro bisogno; curare, per quanto possibile, di adibirli a quelle occupazioni che dai medici fossero [state] indicate come adatte all'indole e alle attitudini di cia-

[67] P. G. Carabelli, *L'infermiere di manicomio*, Poligrafia italiana, Milano 1909, p. 27.

[68] Ivi, pp. 13-14.

[69] Cfr. P. Pancheri, *Formatività del personale medico e paramedico*, in G. Tedeschi, G. Bonfiglio (a cura di) *L'assistenza psichiatrica: prospettive e nuovi orientamenti*, Il pensiero scientifico editore, Roma 1975.

scuno; eseguire tutte le prescrizioni impartite dai superiori per la buona manutenzione dei locali, degli arredi ecc., e riferire immediatamente ai superiori tutto quanto concerne[va] i malati ed il servizio».

Nell'elencare le mansioni di custodia e di controllo il regolamento organico del manicomio di Torino – approvato nel 1951 – era ancora più dettagliato. Vi si legge infatti:

> il personale di assistenza diretta, nell'esplicare i suoi compiti, deve: [...] assistere gli ammalati in tutte le loro necessità immediate, sorvegliarli in maniera adeguata e continuativa, non disgiunta da una permanente pazienza, amorevolezza e comprensione, osservando tutti i fatti che hanno attinenza con il loro stato mentale e con la loro salute fisica e riferendone tempestivamente in modo che il medico del reparto possa determinare gli opportuni provvedimenti; [...] riferire su ogni fatto o inconveniente in contrasto con le disposizioni di carattere generale nella quotidiana sorveglianza dei malati; cercare di abituare i degenti all'ordine e alla disciplina del reparto; impedire che nuocciano a sé e agli altri, facciano baratti, commerci, sfruttamenti da parte dei più scaltri a danno dei più deboli e dei più limitati; [...] vigilare assiduamente, e senza destare sospetti o reazioni da parte degli interessati, gli ammalati indicati dal medico capo reparto come bisognevoli di vigilanza continua per tendenza ad evasione, ad azioni autolesive, ad impulsi pantoclastici o comunque pericolosi; affrontare con coraggio ed abilità il matto eventualmente divenuto pericoloso o abbisognevole, nell'interesse generale, di essere allontanato dalla vicinanza con gli altri ammalati, invocando, se del caso, l'intervento degli infermieri disponibili; applicare i mezzi di contenzione [...]; sorvegliare, durante la guardia notturna, con periodici sopralluoghi nei dormitori, che gli ammalati siano al loro posto e non disturbino, con particolare attenzione a quelli segnalati per la vigilanza continua; impedire in parlatorio o quando gli ammalati sono visitati a letto la distribuzione di vino, cibarie o altre cose vietate [...]; vigilare sugli ammalati addetti al lavoro, sia in reparto che nell'interno e fuori dell'Ospedale[70].

Il personale infermieristico era inoltre tenuto a provvedere alla pulizia dei degenti e dei reparti, ai periodici rinnovi delle biancherie da letto, alla buona tenuta del mobilio e alla distribuzione del vitto nei refettori. I compiti di natura terapeutica si limitavano come già accennato alla somministrazione dei farmaci e ad un obbligo piuttosto generico di «osservazione del malato» e «della sua intima costituzione, delle sue tendenze e deviazioni, del suo grado di pericolosità», onde fornire al medico capo reparto gli elementi utili a «tempestivi orientamenti diagnostici e interventi assistenziali, tanto nel campo dello stato fisico generale che nel campo mentale».

[70] "Regolamento Organico degli Ospedali Psichiatrici di Torino", deliberato dal Consiglio di Amministrazione il 26 febbraio 1951 e omologato dal Ministero dell'Interno in data 14 maggio 1951, come da nota n. 26081/39, art. 205.

Se l'infermiere psichiatrico era una figura professionale con scarsissime competenze mediche, con mansioni in prevalenza di controllo e con una cultura sanitaria solitamente piuttosto bassa lo si doveva dunque innanzitutto alle leggi dello Stato e ai regolamenti manicomiali. A modificare in qualche modo la situazione non avevano poi di certo contribuito i limitati sviluppi della pratica psichiatrica italiana, che per tutti gli anni Cinquanta e Sessanta, fatte salve alcune rimarchevoli eccezioni, era rimasta ferma alla centralità del manicomio e a modalità assistenziali di tipo custodialistico e repressivo.

Nel capoluogo piemontese, dove alle soglie del 1968 l'ambiente ospedaliero risultava ancora governato con criteri tradizionali, gli infermieri furono uno dei principali bersagli della contestazione anti-manicomiale. Nelle numerose assemblee pubbliche susseguitesi per tutto il 1969, essi si trovarono ripetutamente al centro di polemiche d'ogni sorta: venivano spesso accusati non solo di essere gli esecutori materiali di efferatezze sistematiche ai danni degli ammalati ma anche di rappresentare una sorta di "casta" incapace di aprirsi alle nuove proposte per timore di perdere antichi privilegi di carattere corporativo.

Uno di tali privilegi era ad esempio quello del duplice impiego. Si trattava in effetti di un problema assai serio, che riguardava in modo quasi esclusivo gli infermieri maschi. Molti di essi, sfruttando a proprio vantaggio la possibilità di effettuare il totale delle ore di lavoro settimanali in turni piuttosto lunghi ma distribuiti su tre o al massimo quattro giorni consecutivi, svolgevano abitualmente anche un'attività lavorativa esterna, che anzi non di rado rappresentava per loro la principale fonte di reddito. Sebbene la cosa venisse tendenzialmente negata dai diretti interessati, una delle ragioni per le quali gli infermieri si opposero alle comunità terapeutiche stava proprio nel fatto che quel nuovo modo di gestire la vita di reparto, richiedendo a tutti gli operatori coinvolti un impegno maggiore rispetto al passato, rendeva di fatto impossibile il mantenimento di una doppia occupazione.

Non meno ostile fu l'atteggiamento del personale infermieristico nei confronti della psichiatria di settore. Ad alimentare la paura dell'attività esterna concorrevano però fattori in parte diversi: c'erano sicuramente motivazioni di natura psicologica, collegate al venir meno, al di là dei confini ospedalieri, di quel senso di protezione e talvolta anche d'impunità che il manicomio era sempre stato in grado di assicurare al suo interno, ma non mancavano neppure ragioni d'ordine pratico. Innanzitutto, fuori dall'ospedale l'infermiere psichiatrico non era quasi più tale. Il cosiddetto patentino, cioè l'attestato d'idoneità che tutto il personale di assistenza diretta era tenuto per legge a possedere, garantiva infatti una professionalità spendibile solo dentro il manicomio, mentre risultava privo di validità all'esterno. Per il lavoro sul territorio mancavano poi le necessarie coperture assicurative, data l'assenza, fino a tutto

il 1972, di una precisa regolamentazione dei rapporti amministrativi tra la Provincia e l'Opera pia. I servizi psichiatrici di zona, insomma, si mossero per alcuni anni entro una cornice di sostanziale extra-legalità, che tutto sommato dovette rappresentare un grave deterrente anche per gli infermieri potenzialmente più motivati al cambiamento.

Non che le disposizioni di legge potessero, a dire il vero, stimolare una maggiore disponibilità alle innovazioni. Si è detto di come esse attribuissero al personale di assistenza mansioni più che altro di controllo. Se a questo si aggiungono anche le responsabilità, in campo penale e civile, che erano fatte ricadere sugli infermieri in caso di incidenti agli ammalati affidati alla loro custodia, si può forse comprendere meglio la ragione per cui essi tendevano a porsi come i più tenaci difensori delle norme disciplinari insite nell'ordinamento manicomiale, mostrandosi testardamente contrari a qualsiasi ipotesi di liberalizzazione dei reparti o anche solo ad un uso più accorto e oculato dei mezzi coercitivi.

Alla base della generale resistenza del corpo infermieristico alla trasformazione dell'assistenza psichiatrica torinese stava dunque un insieme composito di motivazioni psicologiche, materiali, storiche e culturali. Solo una parte minoritaria degli infermieri si mostrò capace di raccogliere l'appello dei medici innovatori e del movimento di contestazione per una psichiatria "dal volto umano" e di ripensare le proprie funzioni in vista di un maggiore coinvolgimento nelle attività curative; i più, invece, faticarono moltissimo, e non sempre vi riuscirono, a liberarsi degli abiti da carcerieri dentro i quali il loro ruolo tradizionale li aveva da sempre costretti a vivere ma che alla luce dei cambiamenti in corso stavano ormai diventando decisamente scomodi da indossare.

«L'uomo non si può buttare via»

> Io ed altre colleghe, che condividiamo quanto sto per esporre, stiamo compiendo da mesi una nuova esperienza terapeutica, che progressivamente ha messo in crisi molte vecchie cose. Tanto sul piano dei metodi di cura, quanto sul piano della nostra condizione di lavoratrici [...]. Qui ci interessa il secondo aspetto, e cioè: quali sono state le conseguenze della nostra esperienza sul piano sindacale, in merito alle rivendicazioni che oggi riteniamo necessarie [...]? In primo luogo abbiamo scoperto che il lavoro di équipe ci offre la possibilità di raggiungere una nuova qualificazione professionale, consentendoci di superare il limite delle mansioni di pura custodia che ci imponeva l'antico modo di concepire il nostro lavoro. Noi oggi stiamo via via acquisendo la configurazione di operatrici sanitarie. Il lavoro che oggi noi svolgiamo è diventato di primaria importanza mentre nel passato non aveva alcun valore [...]. Di qui è entrato in crisi il tipo di visione sindacale che fino ad oggi ci è stata offerta. Il sindacato ha saputo [finora] soltanto avanzare rivendicazioni di carattere corporativo, cioè

> ristrette agli interessi immediati o, peggio ancora, a delle esigenze spicciole. Mi pare che il sindacato non possa continuare sulla assurda strada di ignorare o combattere il tipo di esperienza da noi compiuta [...]. Oggi constatiamo tuttavia che il sindacato agisce in funzione frenante nei confronti di coloro che vorrebbero seguire le indicazioni emerse dalla nostra esperienza. E questo accade in nome della difesa di interessi tanto limitati che si mostreranno, a lungo andare, contrari alle reali esigenze della categoria infermieristica[71].

L'autrice della relazione di cui si è appena citato un breve ma significativo passaggio era una delle poche infermiere dell'ospedale psichiatrico di via Giulio che nella primavera del 1969 avevano partecipato su base volontaria alla formazione delle comunità terapeutiche. Dalle sue parole emergono una vena polemica ed un sincero rammarico per la ristrettezza di vedute con la quale a suo avviso il sindacato stava affrontando le molteplici questioni poste dalla liberalizzazione in atto in alcuni reparti del manicomio. La sua non era certamente un'opinione isolata. Tra coloro che avevano aderito al rinnovamento era anzi prevalente un sentimento di amarezza e di disappunto verso i sindacati di categoria. Troviamo espresso tale stato d'animo in numerose altre testimonianze. In quella di un medico: «gli infermieri e le infermiere hanno sfidato la maggioranza contraria, ben manipolata da quasi tutti i capi sindacali, maggioranza che aveva intuito come la contestazione l'avrebbe presto o tardi colpita nella difesa dei suoi privilegi»[72]. Così come in quella di una seconda infermiera, che con una punta di rassegnazione affermava: «abbiamo cominciato in pochi e questo non c'impressiona; ma ci dispiace che proprio nel momento in cui avevamo bisogno di discutere seriamente, di ricercare in comune una via nuova, non ci siamo sentiti aiutati proprio dallo strumento in cui noi crediamo. Il nostro strumento: il sindacato [...]. Invece abbiamo dovuto sentire tutto il peso di un'assurda chiusura [...] contro la politica nuova che stavamo con fatica cercando d'introdurre nell'ospedale di Torino»[73].

Se si considera il carattere poco lusinghiero di tali valutazioni, sorprende constatare che esse furono formulate in occasione di un convegno organizzato nel novembre del '69 proprio dal sindacato all'epoca più forte tra il personale infermieristico dei manicomi torinesi, la CGIL. E tuttavia la Camera del lavoro non era giunta impreparata a quell'appuntamento: un periodo di aperto confronto con l'Associazione per la lotta contro le malattie mentali, favorito anche dagli ottimi rapporti personali che intercorrevano allora tra i rispettivi segretari,

[71] AFVN, *Fondo 1 (Aldo Romagnolli)*, Faldone 318, BXVI, F 318/A «Atti del Convegno sul rinnovamento dell'assistenza psichiatrica», Torino 30 novembre 1969, pp. 1-2.

[72] Ivi, p. 7.

[73] Ivi p. 14.

Emilio Pugno[74] e Piera Piatti, aveva infatti portato all'elaborazione di un documento comune – poi discusso durante il convegno – dal quale emergeva una chiarissima linea antimanicomiale, sostenuta nelle sue fondamenta da una visione "classista" dell'emarginazione psichiatrica, interpretata a sua volta come conseguenza di un più ampio fenomeno di sfruttamento da parte delle classi dominanti ai danni di quelle lavoratrici. A rafforzare il sodalizio tra la Camera del lavoro e la ALMM aveva poi contribuito un insieme di riflessioni condivise sull'origine socioambientale del disagio psichico nonché sui pericoli per la salute mentale legati «ai ritmi disumani del lavoro industriale, agli squilibri culturali [prodotti] dall'immigrazione, allo spopolamento delle campagne»[75].

Tesi espresse in forma forse un po' esasperata, ma che riuscivano tuttavia a cogliere un aspetto caratteristico della realtà torinese, nella quale l'industrializzazione e i massicci fenomeni immigratori ad essa connessi avevano effettivamente coinciso, nel corso degli anni Cinquanta e Sessanta, con un robusto rafforzamento del manicomio e con una rapida e pervicace diffusione su tutto il territorio provinciale di istituzioni segreganti pseudo-para-psichiatriche, come le classi differenziali, le classi speciali o gli istituti di ricovero per insufficienti mentali.

Ad ogni modo, l'intesa tra la ALMM e la Camera del lavoro andava ben oltre il livello un po' astratto delle disquisizioni teoriche. All'opposto, il documento preparatorio al convegno conteneva indicazioni precise su una vasta gamma di questioni pratiche concernenti l'organizzazione dell'attività infermieristica. Esso chiedeva tra l'altro che si adottassero turni giornalieri non superiori alle otto ore continuative, per un totale di 40 ore settimanali; che fossero dedicate maggiori risorse alla preparazione professionale del personale sanitario e che, infine, venisse definitivamente abbandonata ogni ipotesi di rotazione degli infermieri nelle neonate équipes terapeutiche.

Fu proprio l'intervento del segretario della Cdl a sottolineare più d'ogni altro come attorno a quei problemi apparentemente spiccioli si giocasse in realtà una partita decisiva, la cui posta in palio era il futuro stesso degli infermieri e dell'assistenza psichiatrica:

> Credo che se dovessimo fare oggi un referendum per far scegliere tra le 40 ore settimanali effettuate in tre giorni, con due turni di 15 ore l'uno e un turno di notte di 9 ore e mezza, e le 40 ore effettuate in 5 turni da 8 ore, ci sarebbe un numero non indifferente di lavoratori che voterebbe ancora

[74] Su Pugno si veda AA.VV., *Emilio Pugno*, Lupieri Editore, Torino.

[75] AFVN, *Fondo 1 (Aldo Romagnolli)*, Faldone 318, BXVI, F 318/A. «Documento della Camera confederale del Lavoro, della Commissione Medica, del Sindacato ospedalieri di Torino e dell'Associazione per la lotta contro le malattie mentali in preparazione al Convegno sul rinnovamento dell'assistenza psichiatrica», p. 5.

> per la prima soluzione. Costoro evidentemente ritengono che l'ammalato debba essere rinchiuso. Chi opta per le 8 ore di lavoro giornaliero, invece, fa anche una scelta precisa, che consiste nel rifiuto dei vecchi schemi. La questione quindi non è della CGIL, della CISL o della UIL, ma di come l'infermiere si sente e si vuole collocare nell'ospedale psichiatrico. Senza fare riferimento alle leggi, la Camera del lavoro di Torino non ritiene possibile una soluzione basata su turni di 15 ore consecutive, né in un manicomio né altrove. E se alla Fiat questa ipotesi si dovesse realizzare, alla Fiat si lavora pur sempre il ferro e una macchina sballata può essere buttata via. Ma in ospedale si lavora con l'uomo e l'uomo non si può buttare via[76].

Dietro quell'ultima affermazione, dai contenuti così apodittici e appunto per questo così incisivi e taglienti, si celava in realtà un'esortazione ai rappresentanti sindacali di categoria, affinché rivedessero radicalmente le loro posizioni, ma anche un avvertimento sul futuro del sindacato, che rischiava, se quel deciso cambio di rotta non fosse avvenuto, una scissione interna. «Vuol dire nella sostanza che ci divideremmo in due – proseguiva Pugno – tra chi vuole restare con i vecchi schemi e chi vuole andare avanti».

La scissione non ci fu. E ad essere buttati via non furono né gli ammalati né le ammalate del manicomio, ma alcune tessere del sindacato. Pare infatti che la Camera del lavoro abbia pagato l'opzione antimanicomiale con un numero consistente ma non precisamente quantificabile di defezioni. Se ne andarono pure alcuni degli storici capi sindacali degli infermieri, per i quali la svolta progressista della Segreteria provinciale aveva probabilmente costituito una rottura con il passato troppo netta e per certi versi inaspettata, oltre che una vicenda di non facile comprensione proprio per la relativa rapidità con cui si era consumata. Nel giro di appena qualche mese dallo scoppio della contestazione, infatti, situazioni fino a poco tempo prima considerate legittime, o quantomeno piuttosto ben tollerate, avevano cominciato ad essere dipinte – anche da autorevoli esponenti sindacali a livello camerale – come espressione di istanze ormai del tutto superate, come di ostacolo al progresso della psichiatria, addirittura come contrarie ai diritti umani e civili dei ricoverati. Ne erano scaturite tensioni crescenti con le componenti ospedaliere, culminate, nel caso della CGIL, con un conflitto aperto, rivelatosi in tutta la sua asprezza proprio in occasione del convegno di novembre.

L'autunno del 1969 fu un periodo convulso anche per la CISL, la cui Segreteria provinciale dovette affrontare vicissitudini simili a quelle che stavano tormentando la Camera del lavoro: le stesse frizioni con le componenti di categoria, le stesse dure chiarificazioni, persino lo stesso insistere sulle origini sociali del disagio psichico e alla fine la stessa

[76] *Atti del Convegno sul Rinnovamento dell'assistenza psichiatrica* cit., p. 40.

autentica adesione ad un progetto inequivocabilmente orientato alla progressiva soppressione del manicomio[77].

Si deve in parte al coraggio e alla tempestività con cui sia la CGIL sia la CISL seppero dapprima affrontare le proprie contraddizioni interne e quindi agire in funzione del superamento del manicomio, se molte delle rivendicazioni nate nel periodo della contestazione e della crisi delle istituzioni psichiatriche riuscirono a trovare, negli anni a venire, risposte e soluzioni concrete. Tutto ciò non significa comunque che l'opposizione dei sindacati ospedalieri al cambiamento fosse stata vinta definitivamente. Si verificò piuttosto un lento passaggio verso forme di resistenza meno visibili e dirette di quelle che si erano avute nel biennio 1969-1970, forme che nel complesso risultarono però assai più "striscianti" e difficili da contrastare. Non mancarono, nel corso degli anni Settanta, anche episodi clamorosi, che tuttavia tesero a farsi a poco a poco più rari e che quasi sempre ebbero come protagonisti personaggi vicini al sindacato UIL, nel quale erano confluiti via via alcuni degli elementi più ostinatamente legati alla vecchia realtà del manicomio-prigione.

Cosa dire invece degli infermieri? Come già si è accennato in precedenza, solo una parte minoritaria di essi aveva cercato di modificare radicalmente le proprie mansioni e il proprio stile di lavoro fin dall'epoca della contestazione. Negli anni successivi molti altri seguirono quella stessa strada; alcuni lo fecero del tutto spontaneamente; altri, invece, vi si trovarono più o meno costretti da una psichiatria che stava pian piano ripudiando il manicomio a favore di modalità assistenziali – le comunità terapeutiche, le comunità ospiti, l'intervento sul territorio – sempre più dinamiche e tecnicamente qualificate. Ma nei reparti ospedalieri più chiusi e degradati la figura dell'infermiere era destinata a preservare molti dei suoi connotati tradizionali ancora per lungo tempo.

[77] In una sua nota interna non datata, ma collocabile attorno all'inizio degli anni Settanta, la Segreteria provinciale della CISL scriveva ad esempio: «solo pochi gruppi conservatori, ottusi, sostanzialmente ancorati ad una logica corporativa, non vogliono la riforma dell'assistenza psichiatrica [...]. Tra questi vi sono purtroppo anche elementi che si professano sindacalizzati. In verità questi gruppi temono una discussione sui privilegi acquisiti in una logica di manicomio chiuso, gerarchizzato, carcerario e clientelare [...]. Le condizioni, specie di chi lavora in ambienti a ritmi forzati, con mansioni fortemente parcellizzate, monotone, ripetitive, esposto a nocività e rumori, a forti stress, in stati di rapporti alienanti, di frustrazione, di solitudine, possono portare a malattia psichica [...]. Occorre allora una massiccia azione di prevenzione [...]. Appaiono ora chiare le scelte da fare in ordine all'assistenza psichiatrica: eliminare gradualmente il manicomio [...]». Cfr. AFVN, *Fondo 1 (Aldo Romagnolli)*, Faldone 318, BXVI, F 319/A. «Documento-proposta CISL unione sindacale provinciale di Torino per la definizione e l'attuazione della riforma dell'assistenza psichiatrica (orientamento dei lavoratori CISL per sbloccare l'attuale situazione di incertezza)».

Capitolo III
L’istituzione superata: verso la riforma (1971-1978)

Un nuovo cda per l’Opera pia

La Fabbrica della follia

«In questo campo dobbiamo agire con prontezza e con fermezza mirando ad un obiettivo: la liquidazione del vigente sistema. Esso potrà essere conseguito solo attraverso una ristrutturazione dei servizi fondata sulla crescente espansione delle strutture preventive e ricuperative, articolate in équipes di settore, e sul progressivo ridimensionamento ed il successivo superamento delle istituzioni manicomiali»[1].

Iniziava così la relazione programmatica sull’assistenza psichiatrica del nuovo presidente della Provincia, il democristiano Elio Borgogno, che dopo le consultazioni elettorali del 7 e 8 giugno 1970 aveva sostituito l’eporediese e collega di partito Giovanni Oberto Tarena, eletto alla Regione, dove nel ’73 sarebbe divenuto a sua volta presidente dell’ultima Giunta di centro-sinistra. Una relazione accolta con moderato favore persino tra le fila dell’opposizione, innanzitutto per il suo sano «realismo» ma poi anche per «la più precisa individuazione dell’obiettivo»[2] cui avrebbe dovuto tendere l’azione del Consiglio, cioè appunto l’abolizione dei manicomi. Si trattava certo di una dichiarazione d’intenti, che però segnava già un deciso balzo in avanti rispetto alle strategie della vecchia Giunta, rimasta sempre ostinatamente legata – malgrado

[1] AGP TO, VCP, anno 1970, vol. I., Presidente della Giunta provinciale, «Relazione programmatica sull’attività dell’amministrazione nel quinquennio 1970-1974», p. 228.

[2] La frase è di Luciano Brean. Cfr. AGP TO, VCP, anno 1970, vol. I., p. 374.

l'opinione contraria di alcune forze politiche e di praticamente tutto il movimento di contestazione – ai progetti di edificazione manicomiale da essa stessa sviluppati a partire dall'inizio degli anni Sessanta e poi peraltro interrotti in corso d'opera proprio a causa delle proteste popolari susseguitesi lungo tutto il biennio 1969-70.

Al principio del 1971 venne rinnovato anche il Consiglio di amministrazione dell'Opera pia. La nomina di Andrea Prele a presidente rappresentò un ulteriore segnale non solo di come la Provincia avesse ormai imboccato con decisione la strada del rinnovamento ma anche della maggiore coesione creatasi tra le sue varie componenti politiche intorno ai temi dell'assistenza psichiatrica. Prele, democristiano di sinistra, era infatti un personaggio gradito anche all'opposizione comunista, soprattutto per le posizioni da lui assunte nei mesi della contestazione, quando si era schierato, in qualità di consigliere presso il Comune di Grugliasco, contro il "manicomio modello" da 500 posti letto che la Giunta provinciale di allora intendeva costruire in quella città.

Il nuovo cda non iniziò però il suo mandato sotto i migliori auspici. La pubblicazione, a settembre, de *La Fabbrica della Follia* innescò infatti un turbinio di polemiche quali non si vedevano dai momenti più intensi della crisi. Il presidente Prele fu addirittura costretto a minacciare provvedimenti disciplinari a carico di tutti i dipendenti dell'Opera pia che non si fossero tutelati in sede giudiziaria contro le accuse mosse nei loro confronti dagli autori del libro: «se non lo faranno – aveva dichiarato alla stampa – l'amministrazione considererà come contestazione di addebito»[3] i fatti riportati.

Ma di che genere di fatti si trattava? In primo luogo – lo si ricorderà – *La Fabbrica della Follia* era il frutto delle indagini che la Commissione di tutela istituita su iniziativa della ALMM aveva effettuato nella sede manicomiale di Collegno tra l'ottobre del 1969 e la fine dell'anno successivo. Era dunque un libro di «denuncia e di testimonianza», scritto – come rivela la nota introduttiva – allo scopo di «portare aiuto alle migliaia di persone chiuse in un'istituzione» considerata «repressiva», una sorta di fabbrica per l'appunto, in cui «gli scarti del proletariato urbano e contadino ven[ivano] convertiti, attraverso un opportuno trattamento, in pazzi ufficialmente riconosciuti, offerti con garanzia al consumo dei sani»[4].

Al di là della metafora industriale – che risultava comunque piuttosto pregnante per una città come Torino e con la quale gli autori avevano voluto affermare il duplice carattere patogeno e classista del manicomio – quel che colpisce del libro, e che colpì all'epoca, è l'estrema dovizia di particolari con cui vi era stata descritta una serie interminabile di

[3] "La Stampa", *Il manicomio ha invitato i suoi medici e infermieri a difendersi in Tribunale*, 8 ottobre 1971.

[4] ALMM (a cura di), *La Fabbrica della Follia* cit., p. 7.

carenze a livello strutturale, igienico e sanitario. Tutti problemi in parte già noti, di cui, sia pure in modo frammentario, nei due anni precedenti si era avuta notizia sui giornali, nei racconti dei ricoverati, durante le assemblee pubbliche e di reparto, ma che adesso venivano presentati in una forma più completa, capace finalmente di offrire al lettore una visione d'insieme dello stato in cui si trovava allora il più grande ed affollato tra gli ospedali psichiatrici cittadini.

Le informazioni contenute nel libro mettevano in luce innanzitutto il carattere fatiscente e ormai tristemente noto degli ambienti, dei servizi igienici e delle attrezzature cliniche. Non mancavano, tuttavia, – ed era soprattutto per tale ragione se l'Opera pia si era poi persuasa ad invitare, sotto la minaccia di misure disciplinari, tutti gli interessati a difendersi in sede giudiziaria – anche riferimenti precisi e circostanziati a episodi di violenza e più spesso ancora a comportamenti radicati e abituali, che nel loro insieme sembravano dimostrare l'esistenza, tra il personale sanitario ed infermieristico, di una propensione piuttosto diffusa a violare i regolamenti interni: «il dottor A. – ed è un esempio scelto a caso – [...] trascorre in reparto un periodo di tempo irrisorio: l'atteggiamento degli infermieri al riguardo è evasivo mentre i ricoverati dicono chiaramente che non si trattiene più di dieci, quindici minuti»[5].

Ad altri sanitari, invece, si imputava di trascurare soluzioni terapeutiche che non si limitassero alla somministrazione indiscriminata di psicofarmaci o comunque di svolgere la propria mansione con uno spirito di rassegnata sfiducia, senza alcun apparente interesse per la sorte dei malati: «il medico non prende iniziative [...]; egli stesso, infatti, ammette che» il miglioramento del reparto è merito del «capoinfermiere. Pratica una terapia strettamente farmacologica. Ritiene i suoi malati non dimissibili e afferma l'inutilità di qualsiasi colloquio con loro, giudicandolo "un inconcludente scambio di idee. Nulla servirebbe a tirarli su, quindi mi limito all'assistenza clinica"»[6].

La Fabbrica della Follia tracciava poi anche un bilancio dell'esperienza settoriale, che come si è detto stava muovendo proprio allora i suoi primi passi. Il giudizio espresso dagli autori al riguardo era forse ancor più negativo di quello riservato alla situazione intraospedaliera:

> sulla strutturazione dell'assistenza psichiatrica settoriale a Torino, se attuata con una reale volontà di rinnovamento, si poteva raggiungere l'accordo di tutti coloro che, come l'Associazione per la lotta contro le malattie mentali, si erano battuti per l'abolizione del manicomio [...]: "settore" poteva voler dire, infatti, il principio, l'inizio di quella assistenza sociale capillare che dovrebbe in futuro essere attuata dalle istituende unità sanitarie locali, le quali, se ben effettuate e realmente gestite sulla base della

[5] Ivi, p. 44.

[6] Ivi, p. 57.

> partecipazione degli utenti, potrebbero rivoluzionare i vecchi concetti di malattia, cura, recupero e prevenzione, permettendo ai cittadini di seguire direttamente e quindi di controllare politicamente i problemi della salute e dell'assistenza [...]. Il settore nella provincia di Torino non solo non è stato nulla di tutto ciò ma non è stato nulla neppure dal lato meramente organizzativo: non si sono create nuove strutture extraospedaliere; non si sono avuti cambiamenti sostanziali nei vecchi manicomi (fuorché un frenetico quanto assurdo sballottamento di malati da un settore all'altro, sulla base di una selezione di comodo piuttosto che per ragioni di appartenenza topografica); non si sono instaurati nuovi rapporti tra il personale sanitario e tanto meno tra quest'ultimo e i degenti[7].

Si deve però sottolineare – ad onor del vero – come quelle affermazioni si riferissero ad una realtà che al momento dell'uscita del libro, nel settembre del 1971, era ormai vecchia di alcuni mesi e che nel frattempo aveva fatto registrare alcuni piccoli cambiamenti. Erano già stati nominati, ad esempio, i direttori delle zone di Torino-Centro e di Torino-Est, nelle persone, rispettivamente, dei dottori Edoardo Balduzzi e Gustavo Gamna, ed erano entrati in funzione, o sarebbero stati aperti di lì a poco, alcuni nuovi ambulatori, precisamente quelli di via Sant'Ottavio e di via Piffetti per il settore Torino-Centro, quelli di via Paisiello, di San Mauro e di Settimo torinese per la zona Est, quelli di piazza Nazario Sauro, di via Cardinal Massaia, di Venaria e di Pianezza per la zona nord e infine quello di via Tunisi per la parte Sud.

L'istituzione manicomiale, d'altro canto, aveva essa stessa subito alcune sensibili trasformazioni. Il suo carattere tradizionalmente omogeneo ed uniforme era stato attenuato almeno in parte dal rinnovamento delle pratiche ospedaliere conseguente alla diffusione delle comunità terapeutiche. Permanevano – è vero – molti reparti "chiusi" e gestiti con i vecchi criteri, nei quali si potevano ancora osservare sbarre e inferriate alle finestre, ma c'era anche una fascia di operatori, forse numericamente minoritaria ma senz'altro animata da una sincera volontà di cambiamento, che lottava affinché negli ospedali si affermassero metodi di cura e stili di lavoro più liberali.

Quello del dopo-crisi era poi un manicomio più "aperto", in cui i malati godevano di una maggiore libertà di movimento, sia all'interno, tra le varie sezioni, sia all'esterno, verso una società che peraltro non si rivelava sempre preparata o disposta ad accoglierli: «i sottoscritti abitanti di Collegno – recita una delle tante lettere di protesta fatte pervenire in quel periodo al Prefetto – si permettono di richiamare l'attenzione delle SS.LL. sulla situazione insostenibile che è venuta a crearsi in seguito alla continua presenza degli ammalati di mente in giro per le vie cittadine [...]. In proposito facciamo

[7] Ivi, p. 106.

presente che non passa giorno senza che si assista a scene contro la morale, a tentativi di adescamento di bambini, a scene di ubriachezza molesta [...]»[8].

Al termine della contestazione, infine, il manicomio si presentava come un luogo decisamente meno affollato di quanto non fosse mai stato lungo tutto il secondo dopoguerra: nel giro di soli tre anni, infatti, la popolazione ricoverata era scesa di circa 1.000 unità, passando dai 4.508 individui del 1969 ai 3.634 del 1971 (nel 1952 i degenti ammontavano a 3.700). Una diminuzione dovuta in primo luogo alla politica di sfollamento attuata dalla direzione sanitaria degli OO.PP., che con il sostegno dell'amministrazione provinciale aveva provveduto a trasferire un certo numero di degenti anziani in case di riposo o in cliniche convenzionate. Anche le comunità terapeutiche avevano giocato però un ruolo tutt'altro che marginale: basti pensare – tanto per fare un esempio – che alla fine del 1971 meno di 10 malate sulle oltre 100 che avevano partecipato continuativamente all'esperienza comunitaria dell'ex reparto 5 risultavano ancora ricoverate in manicomio. Per tutte le altre il percorso riabilitativo si era invece concluso con una dimissione in famiglia o, più frequentemente, in uno dei molti istituti di assistenza presenti in quel periodo sul territorio della provincia.

Quello che il nuovo cda si apprestava a governare era dunque un manicomio più dinamico e complesso rispetto al passato, attraversato sì da grandi processi di cambiamento ma ancora segnato da una profonda conflittualità interna e afflitto soprattutto da un'enorme mole di problemi organizzativi che non sembravano potersi risolvere se non nel lungo periodo; era un manicomio, inoltre, divenuto apparentemente più "vivo" proprio nel momento in cui andavano moltiplicandosi gli sforzi per superarlo. Non si trattava però di un paradosso. Anzi, sotto la presidenza di Prele, l'Opera pia avrebbe più e più volte sostenuto la tesi secondo cui il miglioramento della qualità delle strutture e dei servizi ospedalieri era un passo necessario per pervenire all'abolizione definitiva dell'istituzione manicomiale. Di qui i sempre più frequenti attriti con la Provincia, che invece pareva intenzionata a raggiungere quello scopo convogliando tutte le energie disponibili verso le attività settoriali e lasciando quindi che gli ospedali, privati delle risorse economiche e umane necessarie al loro sostentamento, "morissero", per così dire, di una morte lenta e naturale.

Dalla provincializzazione al protocollo aggiuntivo

Si è accennato a come per anni il ruolo della Provincia in campo psichiatrico si fosse limitato al pagamento delle rette manicomiali e a come, d'altro canto, l'impossibilità di incidere direttamente sull'orga-

[8] La missiva si trova in AST TO, *Fondo Gabinetto di Prefettura*, Mazzo 713, fasc. 3.

nizzazione dei servizi ospedalieri, a fronte però di un impegno finanziario sempre crescente[9] e malgrado la proprietà di due grandi strutture di ricovero – Savonera e Grugliasco – avesse finito per provocare, in seno all'amministrazione provinciale, un sentimento di diffusa insofferenza nei confronti dell'Opera pia, poi sfociato periodicamente in episodi di aperta contrapposizione tra i due enti. Neppure la nascita del Centro d'igiene mentale, nel 1958, era riuscita a far mutare un tale stato di cose e il problema, sia pure in forma latente, aveva perciò continuato a sussistere, salvo poi ripresentarsi con virulenza nel 1969, anno in cui l'ondata di sdegno popolare per la condizione di degrado in cui versavano all'epoca i manicomi cittadini, suscitata dal nascente movimento di contestazione, aveva rischiato di travolgere anche la Provincia, e ciò malgrado la sua tradizionale estraneità alla gestione dell'assistenza psichiatrica ospedaliera. Di qui le misure estreme proposte dalla Giunta, che nella circostanza – come si ricorderà – aveva prontamente rispolverato la vecchia ipotesi della provincializzazione: l'iter del provvedimento, che comportava l'estinzione dell'Opera pia ed il passaggio di tutto il suo patrimonio immobiliare e finanziario alla Provincia, era stato avviato tra la fine di aprile e l'inizio di maggio[10] ma aveva poi proceduto con estenuante lentezza, tanto che a distanza di oltre un anno gli organi ministeriali competenti non erano ancora riusciti a pronunciarsi definitivamente sulla questione.

L'attesa durò per tutto il 1971, consumandosi tuttavia in un clima che tendeva a farsi via via più teso per le continue agitazioni del personale infermieristico, la cui ostilità nei confronti della provincializzazione, palesatasi già all'inizio del '69, era poi andata crescendo col passare del tempo, fino a provocare una rottura apparentemente definitiva a novembre: in quel mese, infatti, i sindacati, dopo aver disconosciuto ufficialmente il cda dell'Opera pia, ritenendolo ormai del tutto asservito alla Provincia, arrivarono a chiederne le dimissioni in blocco[11]. Avevano così trovato conferma le pessimistiche previsioni di Luciano Brean:

[9] Nel 1961, i circa 4.000 ricoverati a carico della Provincia comportavano una spesa di neppure 2 miliardi di lire; dieci anni dopo i ricoverati erano scesi di 1.000 unità ma la spesa era salita a ben 6 miliardi di lire.

[10] Cfr. al riguardo AOP TO, VCAOP, anno 1969, seduta del 23 aprile, ordine del giorno riguardante «Proposta di estinzione dell'Opera pia Ospedali psichiatrici di Torino per la successiva provincializzazione»; e anche AGP TO, VCP, 1969, vol. I, ordine del giorno riguardante «Assunzione diretta dei servizi ospedalieri psichiatrici mediante estinzione dell'Opera pia», pp. 17.509-17.515.

[11] «I lavoratori dipendenti degli Ospedali psichiatrici di Torino, riuniti in assemblea generale [...] il giorno 12 novembre 1971 [...] all'unanimità meno tre contrari decidono: di opporsi a qualsiasi forma di provincializzazione sia essa parziale che totale [...]. Chiedono le dimissioni del Consiglio di amministrazione dell'Opera pia...». In AST TO, *Fondo Gabinetto di Prefettura*, Mazzo 713, fasc. 3, n. protocollo 1473, cat. 15/2, 16 novembre 1969.

> Noi non ci nascondiamo affatto – aveva detto, quasi un anno prima, in relazione al programma di riforme che proprio allora l'amministrazione provinciale si stava apprestando a realizzare – che tutto questo mette in crisi un complesso di situazioni su cui riposa il concreto potere del gruppetto che ha in mano, da sempre, l'istituzione manicomiale e le cui prospettive di prosperità, presente e futura, riposano unicamente sul fatto che l'istituzione rimanga esattamente così com'è, senza modificare le sue funzioni, oppure facendo qualche piccola manovra riformistica tipo gattopardo [...]. Pertanto non ci nascondiamo che questo gruppo di potere non resterà passivo, anzi, reagirà nei termini più isterici e in questa reazione cercherà di coinvolgere, strumentalizzandoli, tutti i canali tradizionali che ben conosciamo, non ultimo il personale. Non per niente in questi mesi, ogni volta che abbiamo almeno cercato di mettere un po' d'ordine nell'Opera pia, prima ancora che ci pervenissero gli atti ufficiali dell'amministrazione, ci arrivavano le prese di posizione del gruppo dirigente dei sindacati che ci segnalava come fosse inopportuno che la Provincia tentasse di mettere il naso nell'orticello del manicomio[12].

Nel frattempo era giunto il tanto atteso responso ministeriale. L'11 novembre il senatore Mariotti, forte anche di un parere negativo da parte del Consiglio di Stato, aveva inviato a Borgogno un telegramma dai contenuti inequivocabili: «invitasi sospendere iniziative provincializzazione servizi psichiatrici poiché contrarie prossima riforma sanitaria»[13]. Una riforma di cui in quel momento non si conoscevano ancora i dettagli ma che – come avrebbe avuto modo di chiarire lo stesso Ministro in un incontro successivo con la Giunta – assegnava agli enti provinciali un ruolo di secondo piano nella gestione del Servizio sanitario nazionale, al cui interno sarebbe dovuto confluire, con modalità che comunque non risultavano ancora del tutto chiarite, anche il comparto dell'assistenza psichiatrica.

La notizia fu accolta dai sindacati come una conferma alla legittimità della loro protesta, contribuendo ad irrigidirne oltremodo le posizioni, e obbligò d'altro canto la Provincia a ripiegare su una soluzione di compromesso, che quasi subito si pensò potesse consistere in un accordo da stipularsi direttamente con l'Opera pia. Tale accordo, su cui peraltro la Giunta rifletteva da tempo, proprio nell'eventualità che i suoi programmi iniziali si fossero poi rivelati irrealizzabili, fu oggetto di serrate trattative già nelle ultime settimane del '71, ma venne sottoscritto dalle parti interessate soltanto a distanza di un anno, nel gennaio del 1973. Esso stabiliva che la Provincia avrebbe gestito autonomamente tutti i presidi delle zone di Torino est e di Torino centro, «compresi i reparti ospeda-

[12] Cfr. AGP TO, VCP, 1970, vol. II, p. 1.184.

[13] Cfr. AGP TO, VCP, 1971, vol. IV, p. 4.702.

lieri di competenza»[14], e che a tale scopo si sarebbe avvalsa di «personale volontario distaccato dall'Opera pia»[15], il quale avrebbe però continuato a dipendere da quest'ultima per tutti gli aspetti relativi al rapporto d'impiego, ad eccezione di quelli legati alle modalità del servizio, la cui definizione veniva invece lasciata alla totale discrezionalità dell'amministrazione provinciale.

L'atteggiamento dei sindacati in merito all'ipotesi di un'intesa tra Provincia e Opera pia sulla ristrutturazione dell'assistenza psichiatrica non era stato certamente più conciliante rispetto a quello da essi tenuto nei mesi precedenti riguardo alla ben più radicale proposta della provincializzazione: «le organizzazioni sindacali ospedaliere CISL, CGIL e UIL – avvertiva ad esempio un telegramma inviato alla Giunta nel febbraio del 1972 – considererebbero voto favorevole alla convenzione come gravissima insensibilità et provocazione confronti aspettative lavoratori»[16]. E del resto anche il fatto che per la stipula definitiva del documento fossero occorsi oltre tredici mesi testimoniava dello scarso consenso di cui godeva la nascente assistenza di settore tra i dipendenti del manicomio, nonostante per loro essa rappresentasse pur sempre, soprattutto in prospettiva futura, una concreta alternativa a livello professionale.

Soltanto di fronte al fatto compiuto, cioè a firma avvenuta, l'ostilità lasciò spazio ad una condotta più accomodante, che portò i sindacati ad elaborare il cosiddetto "protocollo aggiuntivo". Rispetto alla precedente "convenzione", il nuovo documento, ratificato nel luglio del '73 dopo una serie piuttosto rapida di negoziati, apportava alcune importanti modifiche. Innanzitutto, venivano stabiliti con precisione i tempi massimi per il completamento dei servizi territoriali: entro il 31 marzo 1976, cioè, la Provincia avrebbe dovuto istituire tutte le "zone" relative all'area urbana e ai paesi della prima cintura; per le "zone" restanti il limite era invece fissato al 31 marzo 1979. In secondo luogo, si forniva pieno riconoscimento giuridico al lavoro di gruppo: «l'assistenza psichiatrica [...] – disponeva al riguardo l'articolo 4 – viene svolta da équipes pluridisciplinari [...]», équipes che l'amministrazione provinciale si impegnava a costituire gradualmente ma secondo scadenze temporali ben definite, dotando inoltre ognuna di esse delle strutture, del personale e dei mezzi necessari ad un'attività di «prevenzione, cura e riabilitazione». In terzo luogo, veniva regolamentato con più precisione l'istituto del "distacco" e si garantiva agli operatori impiegati all'esterno un'assicurazione contro i danni da responsabilità civile e contro gli infortuni. Infine, era prevista la creazione, entro il luglio del 1974, di una

[14] "Ristrutturazione dell'assistenza psichiatrica. Convenzione tra la Provincia di Torino e l'Opera pia Ospedali psichiatrici di Torino", articolo 1.

[15] *Ibidem,* articolo 4.

[16] Cfr. AGP TO, VCP, 1972, vol. I, p. 5.539.

«scuola di formazione per infermieri psichiatrici professionali», progetto che avrebbe dovuto coinvolgere congiuntamente le organizzazioni sindacali, la Provincia, l'Opera pia, e la Regione. Tutto quanto disposto dal "protocollo" trovava poi senso compiuto in un principio di carattere generale – quello enunciato dall'articolo 1 – secondo cui l'assistenza psichiatrica non avrebbe più dovuto costituire in alcun modo «una branca» indipendente ma sarebbe dovuta piuttosto diventare «parte integrante del Servizio sanitario nazionale». Le varie zone, di conseguenza, avrebbero dovuto prefigurare fin da subito le future unità sanitarie locali: «si precisa che le zone, oltre ad avere delimitazioni territoriali in corrispondenza alle U.S.L. [...], verranno in prospettiva assorbite in queste, appena tali unità saranno operanti [...]. In particolare dovrà essere concordato il passaggio alle U.S.L. dei servizi, del personale, delle attrezzature, ecc»[17].

Dal punto di vista formale, con il "protocollo" si chiudeva dunque un percorso di riforma che la Provincia aveva intrapreso quasi cinque anni prima. Alle numerose deliberazioni adottate fin a quel punto, spesso a distanza di molto tempo le une dalle altre e in modo non sempre coerente, era stata data una sistemazione organica, sulla quale c'era stato per giunta il consenso di tutti i soggetti coinvolti nella questione, sindacati compresi. Nell'attesa che il trascorrere dei mesi permettesse di valutarne l'impatto anche sul piano concreto, per il momento l'aspetto più innovativo di quel documento era forse proprio il suo carattere condiviso.

[17] "Protocollo Aggiuntivo", articolo 2. Riportato in VCP, 1973, vol. II, pp. 9.835-9.840.

Intermezzo: scuola e psichiatria

Nel prossimo paragrafo parlerò di classi differenziali e scuole speciali per minorati psichici. Avrò così modo di allargare lo sguardo al di là delle strutture manicomiali e di affrontare il tema del disagio psichico da una prospettiva più ampia; la breve parentesi che mi accingo ad aprire servirà inoltre a preparare il terreno al paragrafo sul Centro d'igiene mentale, il cui rapido declino, nel corso degli anni Settanta, può essere fatto risalire, almeno in una certa misura, proprio alla parallela crisi delle classi differenziali.

Apogeo e crisi delle classi differenziali

Tra gli anni scolastici 1962/63 e 1970/71, le classi differenziali nelle scuole elementari pubbliche italiane passarono da poco più di 1.000 a quasi 8.000. Nello stesso arco di tempo gli alunni ad esse iscritti salirono dallo 0,3 all'1,4 per cento della popolazione scolastica complessiva[18]. A dare un primo decisivo impulso ad una crescita così sostenuta erano stati con tutta probabilità i cospicui finanziamenti concessi al settore dell'educazione speciale – e diretti in parte proprio all'«incremento delle classi differenziali nelle scuole elementari» – dalla legge 26 gennaio 1962, n. 17, e poi riconfermati sotto forma di stanziamento di bilancio anche per il triennio 62/63-64/65 dalla successiva legge 24 luglio 1962, n. 1073. Quelle misure economiche, cui fecero immediatamente seguito due corpose circolari ministeriali, la 4525 del 9 luglio 1962 e la 934 del 2 febbraio 1963, riflettevano innanzitutto l'esigenza politica di rispondere in modo incisivo ad un problema lungamente trascurato – gli ultimi interventi normativi in materia risalivano ai tempi del fascismo – e di cui per giunta le statistiche del periodo fornivano un quadro assai poco rassicurante. Si consideri ad esempio che secondo i dati presentati al II Congresso nazionale di medicina forense da Giovanni Bollea, uno dei più conosciuti neuropsichiatri italiani e stretto collaboratore del Ministero dell'Istruzione, i bambini "minorati" presenti in Italia erano oltre 3 milioni, così suddivisi: 10 mila insufficienti mentali gravi, 670 mila insufficienti mentali medi, 585 mila casi limite, 160 mila epilettici, 100 mila colpiti da paralisi cerebrale infantile, 1 milione e mezzo di disadattati del carattere e del comportamento, 20-25 mila sordi, 100 mila sordastri, 15-18 mila ciechi, 15-16 mila ambliopici e 75 mila portatori di esisti di poliomelite[19].

Una volta innescato, tuttavia, il processo di crescita delle classi differenziali – che avrebbero appunto dovuto offrire assistenza educativa agli alunni con «lievi anomalie del carattere» o con un quoziente intellettivo di «poco inferiore» alla norma – trovò non minore alimento

[18] ISTAT, *Annuario statistico dell'istruzione italiana*, anni vari.

[19] Cfr. F. Rotondo, *Il bicanalismo imperfetto*, in "Riforma della Scuola", 1970, n. 8-9.

in una sorta di cultura condivisa della "separazione", di origini tardo settecentesche e alla quale nel corso degli anni Sessanta tanto il mondo scolastico quanto quello politico, a destra come a sinistra, mostrarono di essere ancora profondamente legati. Basti pensare anche solo alle decine di istituzioni specializzate di cui era raccomandato il rafforzamento o suggerita la creazione ex-novo nei vari progetti di legge che in quel periodo cercarono di affrontare, da angolature diverse, il problema della minorazione o del disadattamento giovanili: la gamma delle proposte spaziava dagli ospedali psichiatrici appositamente rivolti ai bambini ai pensionati per caratteriali, dai laboratori protetti alle scuole speciali autonome a livello materno, elementare e medio, dai "focolari" a istituti psico-pedagogici di vario genere, a carattere di esternato, di semi-internato, di internato, chiusi o aperti[20].

È bene però precisare che quanto agli scopi, alle modalità e alla durata di tale separazione non esisteva altrettanta uniformità di vedute. C'erano, specialmente in campo medico, posizioni radicali e totalizzanti, per le quali l'allontanamento della persona malata dal suo ambiente di vita avrebbe dovuto configurare un provvedimento irreversibile e dettato per giunta da ragioni di sicurezza sociale. Ecco ad esempio cosa affermava al riguardo, nel 1967, il direttore dell'Istituto nazionale di Medicina preventiva dell'infanzia, dottor Prosperi: «l'istituzione di classi differenziali o di scuole speciali in esternato è del tutto insufficiente, quando il minorato trascorra [...] il resto della giornata [in famiglia]. Stimolando la proliferazione di [quelle] classi la società cerca, come lo struzzo, di ignorare il fondo del problema e, non conoscendo i suoi doveri, trascura il proprio diritto a difendere sé stessa [...]. Il bambino ritardato psichico deve oggi vivere, fin dalla prima infanzia, in un ambiente [...] che gli permetta di svolgere una vita umana [...]. Tutto ciò si può realizzare in Istituti psico-medico-pedagogici a internato e a protratta degenza dai primi anni di vita all'inizio dell'adolescenza poi in veri e propri villaggi con caratteristiche particolari»[21]. La proposta di legge di iniziativa popolare "Interventi per gli handicappati psichici, sensoriali, fisici e i disadattati sociali", elaborata poco più tardi dall'Unione italiana per la Promozione dei diritti del minore, prevedeva invece quanto segue: «agli handicappati e ai disadattati sociali che ne siano in grado è assicurata la frequenza, insieme ai soggetti non handicappati, di ogni scuola [...] di qualsiasi ordine e grado [...]. Previo accertamento dei servizi diagnostici

[20] Cfr. ad esempio la proposta di legge "Tutela della salute mentale ed assistenza psichiatrica" (Marcella Balconi e altri, PCI), presentata alla Camera dei Deputati il 13 marzo del 1965; o ancora la proposta di legge d'iniziativa popolare "Interventi per gli handicappati psichici, fisici, sensoriali e i disadattati sociali", elaborata alla fine degli anni Sessanta dall'Unione italiana per la promozione dei diritti del minore.

[21] C. Prosperi, *L'assistenza ai bambini minorati psichici in Italia*, in "Federazione Medica", 1967, citato in P. Rollero, *Due opposte concezioni sul valore e sulle possibilità personali e sociali degli insufficienti mentali*, in "Prospettive Assistenziali", n. 3, 1968.

[...] gli handicappati di età inferiore ai sei anni, per i quali la frequenza di cui all'articolo precedente sia dannosa, sono inseriti in sezioni speciali istituite presso le scuole materne normali [...]. Per i casi più gravi, sempre che la frequenza delle sezioni speciali sia dannosa, sono istituite scuole materne speciali autonome [...]. I soggetti dovranno essere sottoposti ad attenta e continua osservazione, anche da parte del personale scolastico, al fine di inserire, appena possibile, i soggetti delle sezioni speciali in quelle normali e i soggetti delle scuole materne speciali autonome nelle sezioni speciali» (norme analoghe erano previste per i bambini dai 6 ai 14 anni). Si noti che in quella proposta di legge la separazione rappresentava un fatto di natura eccezionale e transitoria, strettamente correlato al tempo necessario affinché il bambino acquisisse capacità e competenze tali da permettergli di reinserirsi – sebbene per gradi e passaggi successivi – nel mondo dei presunti normali.

Il sostegno quasi incondizionato che lungo gran parte degli anni Sessanta la prassi dell'istituzionalizzazione minorile ricevette anche dalle forze politiche di sinistra[22] e dai settori più avanzati e progressisti della scuola italiana affondava le sue radici proprio in una prospettiva di quel genere, secondo la quale il ricorso a strutture separate e specializzate costituiva in ogni caso la premessa indispensabile al recupero e alla conseguente emancipazione sociale di tutte le persone colpite, per qualsiasi ragione, da menomazioni psichiche, sensoriali o fisiche. Il particolare favore accordato a classi differenziali e scuole speciali derivava poi soprattutto dal fatto che quegli strumenti, dando luogo, per loro natura, a forme più blande di separazione – rispetto ad esempio agli istituti – sembravano garantire possibilità più immediate di reinserimento.

La realtà, però, avrebbe ben presto contraddetto quell'ipotesi. Verso la fine degli anni Sessanta, infatti, alcune ricerche, sebbene relative, nella maggior parte dei casi, a situazioni circoscritte, riuscirono a dimostrare come le classi differenziali, che avevano proliferato con particolare pervicacia nelle periferie delle grandi città industriali del nord, accogliessero al loro interno quasi soltanto bambini appartenenti a famiglie di bassa estrazione socio-economica, i quali, oltretutto, una volta avviati a quelle classi, finivano poi per trascorrervi periodi di tempo protratti talvolta anche per alcuni anni consecutivi[23]. Era come se nel sistema scolastico italiano, che per altri versi tendeva ormai da qualche anno ad andare oltre le rigide divisioni di ordine e di grado del passato – si pensi

[22] La proposta di legge n. 3762 del 1967, "Istituzione di classi e scuole speciali statali, di istituti speciali e laboratori protetti e di scuole di specializzazione per il personale addetto" (Marcella Balconi e altri, PCI), prevedeva ad esempio classi e scuole speciali per minorati psichici ma anche istituti per alunni gracili, tubercolotici, cardiopatici, reumatici, diabetici, epilettici ecc.

[23] Cfr. M. Cecchini, *Ritardo e differenziali*, in "Riforma della Scuola", n. 6-7, 1970, e F. Rotondo, *Il bicanalismo imperfetto* cit.

all'unificazione delle medie, nel 1962 – fosse andato via via consolidandosi una sorta di nuovo canale educativo autonomo, discriminatorio e quasi permanente.

Sta di fatto che a partire all'incirca dal 1969 il dissenso verso quelle istituzioni cominciò a farsi sempre più forte; le critiche, di cui si fecero portavoce, di volta in volta, insegnanti, sindacalisti, intellettuali, psichiatri, psicologi, amministratori locali, si propagarono, almeno all'inizio, dal basso verso l'alto, cogliendo del tutto impreparati i partiti della sinistra. Il PCI, in particolare, adottò a lungo un atteggiamento contraddittorio, in bilico tra una certa difficoltà a rinnegare esplicitamente le posizioni assunte in precedenza e spinte tendenti invece ad accogliere, facendola propria, la protesta. Quanto poi alla DC, essa fu colta da una specie di smania legislativa: tra il giugno del 1968 e la fine del 1969 furono elaborate, da parte di senatori e deputati di quel partito, ben tre diverse proposte di legge, che ambivano tutte a dare una sistemazione organica al settore dell'assistenza ai bambini "subnormali" e che raccomandavano altresì un deciso rafforzamento dell'apparato istituzionale speciale in campo educativo[24].

Nel frattempo, però, avevano preso il via, in varie città d'Italia, anche le prime esperienze concrete di lotta alle classi differenziali; esperienze quasi sempre prive di legami diretti le une con le altre, compiute perlopiù su iniziativa di singoli insegnanti, e delle quali è dunque difficile, a posteriori, proporre un'analisi d'insieme. Ci accontenteremo così di dire qualcosa su ciò che accadde a Torino, soprattutto in considerazione del fatto che nel capoluogo piemontese il circuito dell'istruzione differenziale aveva assunto nel tempo proporzioni ragguardevoli, giungendo ad accogliere, nell'anno della sua massima espansione, il 1968/69, il 2,1 per cento degli alunni iscritti alle elementari, a fronte dell'1,4 registrato su scala nazionale. Si tenga presente, inoltre, che in alcune scuole dei quartieri operai le percentuali dei bambini "segregati", come si cominciava a dire allora, erano nettamente più alte rispetto alla media; il primato assoluto, con quasi il 20 per cento, spettava alla scuola elementare Cairoli, nel quartiere di via Artom, un'area periferica, situata a sud della città, che già da qualche anno attraversava una fase di intenso sviluppo demografico e la cui popolazione era composta per la maggior parte da immigrati (oltre i quattro quinti degli abitanti con più

[24] Disegno di legge n. 1 (Dal Canton e altri, DC), "Riabilitazione dei soggetti in età evolutiva che presentano irregolarità psichiche", presentato il 7 giugno 1968; proposta di legge n. 129 (Cattaneo Petrini e altri, DC), "Istituzione di classi e scuole speciali, di laboratori protetti e centri occupazionali", presentata il 5 luglio 1968; proposta di legge n. 1676 (Foschi e altri, DC), "Organizzazione del settore dell'assistenza sociale e interventi per le persone in condizione o situazione di incapacità e in particolare per i disadattati psichici, fisici, sensoriali e sociali", presentata il 7 luglio 1969. Il testo integrale delle proposte citate è disponibile in formato digitale sul sito internet della Camera dei Deputati all'indirizzo www.camera.it.

di 18 anni)[25]. A ciò si aggiunga, infine, il fatto che nell'80 per cento circa dei casi i bambini inseriti in classi differenziali nelle varie scuole elementari della provincia risultavano essere – stando almeno agli esiti di un'indagine[26] condotta tra il 1968 e il 1969 – proprio figli di immigrati, prevalentemente meridionali.

In fondo quindi non sorprende, anche alla luce di quanto appena detto, che a Torino alcune tra le più rilevanti iniziative tese al superamento di quelle classi siano state vissute e raccontate da chi se n'era fatto promotore innanzitutto come battaglie politiche d'ispirazione democratica[27]. Battaglie nelle quali si può forse vedere l'esito sul piano pratico di una forte pressione in senso egualitario di cui il sistema scolastico italiano risentiva già prima di *Lettera ad una Professoressa* ma che si manifestò pienamente soltanto a partire dalla fine del '67, con l'esplodere delle proteste studentesche. Le iniziative cui si allude, per l'esattezza, sono quelle realizzate da due diversi nuclei di insegnanti legati al Movimento di cooperazione educativa (MCE) e attivi presso le scuole Nino Costa e Pestalozzi[28]: la prima si trovava nel Villaggio Santa Caterina, un insediamento in cui all'epoca risiedevano migliaia di stranieri e di profughi, soprattutto dalmati, istriani, greci ed ex coloni cacciati dalla Libia; la seconda, invece, era situata in Barriera di Milano, uno dei più vecchi quartieri operai della città e sede esso stesso di numerose piccole fabbriche nonché di due complessi industriali di dimensioni maggiori, la Fiat Grandi Motori e la Fiat Sima. Va detto che in entrambi i casi le lotte contro le classi differenziali si inserirono a pieno titolo in un programma globale di riforma della scuola, basato su principi egualitari ed antiselettivi e di cui erano elementi portanti il voto unico ed il tempo pieno. Il che, peraltro, si spiega anche in riferimento alla «svolta politica» che l'MCE[29], ispirato originariamente agli insegnamenti del pedagogista francese Celestine Freinet, aveva vissuto nell'estate del '68, in seguito all'incontro con il Movimento studentesco: da allora la sperimentazione didattica cessò di essere considerata generico strumento di crescita civile per tramutarsi invece in momento direttamente funzionale alla

[25] Al riguardo si veda D. Larocca, *La scuola elementare Cairoli nel quartiere di via Artom dagli anni Sessanta agli anni Ottanta*, Tesi di Laurea, Università degli Studi di Torino, 2001-2002.

[26] Cfr. AA.VV., *Atti del dibattito sulla validità delle classi differenziali nella scuola dell'obbligo*, ciclostilato, in Archivio ALMM.

[27] Cfr. F. Alfieri, *Il mestiere di maestro: dieci anni nella scuola e nel Movimento di Cooperazione Educativa*, Emme, Milano 1976.

[28] Cfr. Gruppo piemontese del MCE (a cura di), *Lavoro di quartiere a Torino*, in "Riforma della Scuola", n.5, 1970.

[29] Per una breve storia del Movimento di Cooperazione Educativa si può vedere il saggio di G. Cives, *Educarsi e cooperare. I pedagogisti laico-democratici, la Scuola di Firenze e il MCE (dal 1950 ad oggi)*, in E. Catarsi (a cura di), *Freinet e la pedagogia popolare in Italia*, RCS Libri, Milano 1999.

lotta politica in chiave anticapitalistica. I rapporti tra condizioni socio-economiche e discriminazione scolastica divennero il tema più dibattuto e gli obiettivi da raggiungere furono identificati nel contrasto a tutti i meccanismi selettivi in senso classista operanti nella scuola.

Verrebbe a questo punto da domandarsi perché mai uno strumento percepito a lungo come moderno e avanzato sia stato improvvisamente travolto da un'ondata di critiche feroci e abbia perso in tempi rapidissimi buona parte del consenso di cui aveva goduto in passato; perché mai, in altre parole, quello che per anni era stato considerato un mezzo di recupero abbia poi cominciato ad essere avvertito e descritto, molto spesso anche da chi in precedenza ne aveva sostenuto lo sviluppo[30], alla stregua di un «ghetto per proletari, sottoproletari ed immigrati»[31]. Per abbozzare una risposta non si deve trascurare, in primo luogo, la realtà delle cose: come si è accennato più sopra, infatti, le classi differenziali si erano effettivamente rivelate incapaci di favorire il reinserimento nella scuola comune dei bambini ad esse avviati, contraddicendo così quanto previsto e richiesto dalla circolare ministeriale del 1963 e rendendo inoltre evidente il fallimento della vecchia logica esclusoria proprio nella sua versione progressista, intesa cioè quale strada privilegiata per il recupero e l'emancipazione sociale delle persone con handicap. Ma non meno decisivo, nell'orientare il giudizio in quella direzione, fu il clima anti-istituzionale generalizzato da cui settori sempre più vasti della società italiana erano stati contagiati a partire grosso modo dalla pubblicazione, nel marzo del '68, de *L'Istituzione Negata*. Non è il caso di ritornare qui su questioni già ampiamente trattate nei paragrafi precedenti: basterà soltanto ricordare che in quel libro l'ospedale psichiatrico era dipinto come un luogo antiterapeutico, nel quale si perpetravano, ancorché in forme apparentemente moderne e scientificamente fondate, l'alienazione dell'uomo, l'emarginazione e la violenza a danno dei più deboli, la divisione in classi, la gestione del potere dall'alto verso il basso. Si notino ora le strettissime analogie tra una tale interpretazione e quanto si legge nel seguente passaggio: «la scuola [...] tende fatalmente ad emarginare e a respingere gli elementi che non conseguono entro certi limiti precisi di tempo i livelli di efficienza e di competitività richiesti; chi non riesce a seguire i normali ritmi di lavoro, chi non si assoggetta agli schemi di disciplina [...] o non corrisponde ad una serie di aspettative stereotipate si definisce ritardato, insufficiente, disadattato; in parole povere è un peso morto [...]. Il rimedio sta nel creare un sistema nazionale di classi differenziali [...]. Così i pesi morti non si palleggiano più da classe a classe: si immettono in un loro binario e lo percorrono fino in fondo [...]. L'operazione [...] non può dispiegarsi gros-

[30] Si veda ad esempio P. Rollero, *Recenti disposizioni ministeriali sulle classi differenziali e speciali*, in "Prospettive Assistenziali", gennaio-marzo 1972, n. 17.

[31] F. Rotondo, *Il bicanalismo imperfetto* cit., p. 44.

solanamente, confessando le sue intenzionalità né esplicitando la sua valenza politica. Deve coprirsi con un avallo scientifico. Si sollecita e si organizza allora l'intervento dello psicologo, il quale, prestandosi più o meno inavvertitamente al gioco, usa i suoi strumenti di ricerca e di valutazione quali mezzi per codificare le pretese insufficienze, i cosiddetti ritardi e quindi per giustificare in modo apparentemente scientifico la discriminazione e la segregazione»[32]. L'impressione, in sostanza, è che la critica alle istituzioni totali – diffusasi serratissima, in Italia, grazie soprattutto al concreto interesse per il problema dimostrato dal Movimento studentesco – abbia poi finito per rappresentare un grande serbatoio di idee, di nozioni e di modelli teorici giudicati applicabili – e di fatto applicati – anche all'apparato istituzionale direttamente connesso al mondo scolastico. Da questo punto di vista si può indubbiamente considerare la crisi delle classi differenziali come parte integrante della crisi più generale che in quel periodo investì varie altre strutture istituzionali attive in campo assistenziale, dai manicomi alle scuole speciali per minorati psicofisici o sensoriali fino agli istituti d'istruzione per ciechi e per sordi; strutture che non a caso vennero poi tutte progressivamente smantellate, sia pure con modalità e tempi diversi a seconda dei casi, nel corso degli anni Settanta.

L'avallo legislativo di quel processo si ebbe tuttavia per gradi. Già nel marzo del 1971 la legge n. 118, "Provvidenze in favore dei mutilati ed invalidi", aveva stabilito che l'istruzione dell'obbligo dovesse «avvenire nelle classi normali della scuola pubblica», fatti salvi i casi di bambini «affetti da [...] deficienze intellettive e menomazioni fisiche di tale gravità da impedire o rendere molto difficoltoso l'apprendimento o l'inserimento» in quelle classi. Nell'ottobre del 1972 venne poi presentata una proposta di legge, la n. 1060, Adriana Fabbri Seroni ed altri (PCI), che chiedeva di garantire «ai minorati psichici, fisici e sensoriali la partecipazione ai corsi ordinari e la loro piena integrazione nella vita scolastica normale, così da consentire l'abolizione delle classi differenziali ed il superamento di ogni forma di organizzazione separata e segregante». Quella proposta, ancorché mai approvata in sede parlamentare, segnò comunque una svolta decisiva nella politica assistenziale del PCI. Al riguardo vale la pena di ricordare – ma con questo non si intende suggerire l'esistenza di alcuna relazione causale rigida tra i due fenomeni – come proprio in quel periodo andassero diffondendosi, anche tra molti psicologi aderenti o vicini al partito, le idee dello psichiatra sovietico Lev Vygotskij, a lungo censurato in patria, dove per almeno un ventennio la dottrina ufficiale era stata quella pavloviana, e tradotto in italiano soltanto a partire dal 1966; il suo punto di vista, assai critico nei confronti di qualsiasi pratica tendente all'isolamento dei bambini ritardati mentali, era destinato ad influenzare in misura crescente

[32] B. Ciari, *La grande disadattata*, in "Riforma della Scuola", 1970, n. 4, pp. 18-19.

la ricerca psicologica e pedagogica in Italia – non solo a sinistra peraltro – fornendo nello stesso tempo una solida base teorica al processo di de-istituzionalizzazione iniziato sul finire degli anni Sessanta. Ad un triennio di distanza dall'iniziativa comunista venne poi pubblicato, ad opera della Commissione ministeriale presieduta dalla senatrice democristiana Franca Falcucci, un documento di fondamentale importanza, in cui il principio dell'inserimento scolastico era enunciato in modo esplicito e che si esprimeva con estrema risolutezza contro «ogni forma di emarginazione» a danno delle persone handicappate. Il 4 agosto del 1977, infine, la legge n. 517 stabiliva, ma a giochi praticamente fatti, l'abolizione definitiva delle classi differenziali.

Il declino del Centro d'igiene mentale

Fine di un'illusione

Nel corso degli anni Sessanta il Centro d'igiene mentale della Provincia di Torino era riuscito ad accrescere ininterrottamente la sua sfera d'influenza nel campo dell'assistenza psichiatrica. Alla sede centrale di via Giovanni da Verrazzano si erano presto aggiunti numerosi dispensari periferici, situati in zone del territorio ritenute strategiche, oltre ad alcuni reparti neuropsichiatrici ospitati in strutture ospedaliere civili, nei quali i medici del CIM prestavano regolare servizio di consulenza specialistica. Dal Centro dipendevano inoltre varie comunità alloggio per ragazzi "caratteriali" o insufficienti mentali, laboratori protetti, case famiglia, istituti psico-pedagogici e per l'addestramento professionale, un servizio "suicidi", un servizio "etilisti" e la quasi totalità delle prestazioni di medicina scolastica effettuate nelle scuole elementari e medie della provincia.

Il decennio successivo fu invece caratterizzato da una tendenza di segno diametralmente opposto: gli interventi assistenziali del CIM tesero via via a ridursi[33], così come il suo organico, che all'inizio del 1977, specialmente in virtù di alcuni cospicui trasferimenti di personale presso i servizi psichiatrici di zona, comprendeva ormai soltanto più un direttore, due medici psichiatri, due psicologi, quattro assistenti sociali, due tecnici addetti all'elettroencefalografia, un'infermiera e un'inserviente[34]. In effetti fu proprio il graduale sviluppo dei presidi zonali, capaci di assorbire, nel corso del tempo, gran parte della domanda di assistenza extraospedaliera proveniente dal territorio provinciale, una delle ragioni del declino del Centro d'igiene mentale nel periodo considerato. Ma quel processo fu altresì il frutto di una precisa scelta politica. Si è detto infatti di come la Provincia avesse infine optato, dopo una fase di indecisione circa le soluzioni da approntare alla crisi delle istituzioni manicomiali torinesi, per la cosiddetta politica di settore, un modello organizzativo fondato sul principio della continuità terapeutica e rispetto al quale il CIM, in quanto entità del tutto indipendente dagli ospedali psichiatrici, risultava una sorta di corpo estraneo; per questo il Protocollo aggiuntivo ne aveva stabilito il progressivo smembramento, prevedendo inoltre che le strutture ad esso

[33] Essi ammontavano a 57.185 nel 1970. Nel 1974 erano scesi a 48.205, per divenire 44.222 l'anno seguente. Cfr. E. Bonasia, A. Rossati, *La situazione psichiatrica attuale nella provincia di Torino*, in "Annali di Freniatria e Scienze Affini", Edizioni Minerva Medica, Torino, vol. 90, n.3, luglio-settembre 1977, p. 237.

[34] AGP TO, Categoria 5, Classe 03, Fascicolo D1-444. Provincia di Torino, Servizi psichiatrici di Zona, «Promemoria per l'assessore alla sicurezza sociale in merito all'organizzazione dell'ufficio amministrativo presso il Centro d'igiene mentale», Torino, 15 aprile 1977.

facenti capo sarebbero state assorbite, in futuro, dai nascenti servizi settoriali[35].

Sta di fatto che a distanza di soli tre anni dalla firma del Protocollo, nel 1976, il CIM si limitava a dare copertura alle richieste provenienti dalle non molte aree ancora del tutto prive di quei servizi e a svolgere consulenze di vario genere per l'Autorità giudiziaria e per la Commissione invalidi civili del Medico provinciale. Assai più numerosi rimanevano invece gli interventi rivolti ai minori, campo nel quale risultavano impegnate quattro équipes neuropsichiatriche – a fronte però delle sei attive l'anno precedente – operanti alternativamente presso la sede centrale di Torino, i dispensari "storici" di Pinerolo e di Chieri e presso l'ambulatorio settoriale del quartiere Falchera[36].

Per quanto attiene infine all'ambito scolastico, va segnalato come la contrazione delle attività del CIM fosse iniziata, sia pure lentamente, già a partire dai primi anni Settanta, quando la crisi delle classi differenziali aveva finito per coinvolgere anche le équipes diagnostiche del Centro, accusate di alimentare con il loro operato emarginazione sociale e dinamiche segreganti tanto difficili da controllare nei loro effetti immediati quanto destinate ad incidere a lungo su chi le doveva suo malgrado subire: «il progetto del nostro quartiere è un'alternativa a questi indirizzi. Non più classi separate per i meno dotati e i [soggetti] difficili ma un servizio permanente di esperti accanto ad ogni scuola elementare. Un'équipe di rieducatori [...] che svolga un'azione di recupero seguendo [questi soggetti] senza separarli dagli altri [...]. È chiaro che in tale prospettiva il lavoro svolto dagli specialisti e dai tecnici è radicalmente diverso da quello tradizionale [...]. Non più diagnosi e selezione, funzionali soltanto all'emarginazione [...], ma interventi terapeutici per aiutare i bambini a superare le difficoltà che la nostra società impone loro, attraverso una scuola antiquata, retorica e inutile. Azione di autodifesa, quindi, contro la selezione precoce [...], contro la morte scolastica dei figli del proletariato e del sottoproletariato»[37]. Così si erano espressi ad esempio i rappresentanti del Comitato di quartiere Borgo Po durante un convegno sui problemi della scuola, promosso dalle ACLI, in colla-

[35] "Protocollo aggiuntivo", art. 7, comma 2: «in conformità al principio espresso per il servizio psico-medico-sociale nella deliberazione consiliare 18-5-1971 n. 86, la Provincia assumerà, d'intesa con le OOSS, i necessari provvedimenti per assicurare il graduale successivo inserimento sia delle strutture e del personale dipendenti dal predetto servizio psico-medico-sociale, già di sua competenza, sia delle altre strutture indicate nell'allegato regolamento speciale, nell'ambito della prevista organizzazione zonale, a partire dalla data della firma del presente protocollo».

[36] AGP TO, Categoria 5, Classe 03, Fascicolo D1-444, Provincia di Torino, Servizio di Assistenza Psico-medico-sociale, «Promemoria sull'attività del SPMS», Torino 18 maggio 1977.

[37] Comitato di quartiere Borgo Po, *Relazione senza titolo*, in AA.VV., *Torino: sindacati e piano della scuola*, Edizioni Stasind, Roma 1971, p. 26.

borazione con le organizzazioni sindacali CGIL, CISL e UIL, nel mese di maggio del 1971, trovando un'autorevole interlocutore nell'allora Segretario della Camera del lavoro di Torino, Giovanni Alasia, che in quella circostanza non aveva esitato a definire le équipes mediche del CIM come uno strumento «utilizzato essenzialmente per etichettare ed emarginare i bambini difficili»[38]. Negli anni successivi diversi Comuni della provincia, tra cui quello di Torino, avevano cercato di assumersi maggiori responsabilità nella gestione dei servizi di medicina scolastica, in parte proprio per effetto delle continue sollecitazioni in tal senso dei sindacati, le cui posizioni sul tema erano andate pian piano chiarendosi, per tradursi poi in una serie di rivendicazioni concrete, comunicate con una lettera all'Assessore provinciale all'assistenza Attilio Sabbadini il 24 settembre del 1975: «le équipes [...] dovrebbero dipendere dal Comune o dai Consorzi locali, in quanto, per un intervento globale di prevenzione, riabilitazione e cura, gli operatori devono essere presenti a tempo pieno e sul territorio. Le équipes del SPMS (il CIM), composte da un medico specializzato in neuropsichiatria infantile, da uno psicologo e da un'assistente sociale, sono ad impostazione strettamente psichiatrica, pertanto risulterebbe pericoloso un loro intervento a livello [...] scolastico, che rischierebbe di psichiatrizzare tutti i problemi della scuola e dei soggetti in età evolutiva [...]. Si ribadisce pertanto l'esigenza che i Comuni vengano stimolati ad assumersi in proprio o mediante la costituzione di Consorzi équipes di medicina scolastica in base alle leggi previste, non ritenendo possibile che un ente centralizzato a struttura verticistica possa sopperire anche in via temporanea e promozionale ai bisogni dei minori nelle scuole della provincia»[39].

Trascinato nella crisi delle classi differenziali già all'inizio degli anni Settanta, gradualmente sostituito nell'esercizio delle sue funzioni dalla sempre più intricata rete dei presidi di zona prima e dalle neonate Unità sanitarie locali dopo l'istituzione del Servizio sanitario nazionale, sottoposto a ripetuti attacchi da parte dei sindacati sia per la sua la struttura centralizzata, ritenuta incapace di cogliere le molteplici esigenze del territorio, sia per l'approccio ai problemi, considerato, non a torto, troppo legato a modelli clinici e psichiatrizzanti, il CIM riuscì comunque a sopravvivere, sebbene tra enormi difficoltà logistiche e con un organico letteralmente ridotto all'osso, fino al 1980, quando l'amministrazione provinciale si persuase, anche a causa del mutato contesto legislativo, a decretare la «cessazione» della sua «attività istituzionale». Finiva così

[38] Giovanni Alasia, *Relazione senza titolo*, in AA.VV., *Torino: sindacati e piano della scuola* cit., p. 14. Per una rassegna delle principali norme di legge sulla medicina scolastica si veda *Disposizioni di legge sulla medicina scolastica*, in "Prospettive Assistenziali", aprile-giugno 1973, n. 22, pp. 14-16.

[39] AGP TO, Categoria 5, Classe 03, Fascicolo D1-76, CGIL, CISL, UIL, «Missiva all'assessore all'assistenza Attilio Sabbadini», Torino 24 settembre 1975.

la parabola di quello che per oltre un ventennio aveva rappresentato, al fianco dei manicomi, il principale ente erogatore di assistenza psichiatrica nella provincia di Torino. Le grandi speranze alimentate, nel 1958, dalla sua creazione, anzitutto nel gruppo consiliare comunista, erano però andate perlopiù deluse: presentato dall'amministrazione provinciale come uno strumento innovativo ed in linea con le più avanzate tecniche assistenziali del periodo, nei fatti il Centro d'igiene mentale, a dispetto della sua vocazione preventiva, non era mai riuscito a operare alcuna effettiva azione di filtro ai ricoveri manicomiali, che anzi erano andati aumentando per tutto il decennio '60-'70, con una lieve flessione solo dopo il 1966, né era mai giunto a costituire una vera alternativa alla psichiatria asilare. I suoi interventi profilattici, inoltre, ben lungi dal saper incidere a fondo sulle cause delle malattie mentali, si erano invece quasi sempre limitati alla diagnosi precoce e alla conseguente selezione dei bambini da inserire in classi differenziali e scuole speciali[40]. All'appuntamento decisivo dei primi anni Settanta, insomma, il CIM era giunto del tutto impreparato. La sua successiva incapacità di svecchiare la propria ideologia psichiatrica, di cogliere i mutamenti in atto e di trasformarsi in relazione ad essi ne aveva poi ulteriormente accentuato la distanza, in termini non solo "culturali" ma anche strategici e operativi, dal nuovo panorama assistenziale, a tal punto da farlo alla fine percepire come una sorta di corpo estraneo, come un fattore

di inutile resistenza al cambiamento e da far quindi maturare, in seno all'Amministrazione provinciale, le condizioni idonee alla sua definitiva soppressione.

[40] La cosa era peraltro riconosciuta dagli stessi operatori del CIM, che in una comunicazione indirizzata all'assessore all'assistenza Sabbadini notavano: «la scuola, con il ridimensionamento delle classi speciali, può permanere in un atteggiamento che è sorto sulla scorta dell'attività precedente delle équipes del SPMS, prevalentemente legate da convenzioni ad un depistage spesso in vista dell'inserimento in una classe speciale». Cfr. AGP TO, Categoria 5, Classe 03, Fascicolo D1-444, Provincia di Torino, Servizio di Assistenza Psico-medico-sociale, «Comunicazione per l'assessore alla Sicurezza sociale Sabbadini sulle proposte di intervento delle équipes dell'SPMS che operano nella scuola», Torino 22 settembre 1975. Per un dibattito sul tema prevenzione/diagnosi precoce in riferimento al Centro d'igiene mentale di Torino si veda anche Unione regionale province piemontesi, *L'assistenza psichiatrica nel quadro del servizio sanitario nazionale: atti del Convegno*, Torino 29/30 maggio 1971, Tip. Stigra, Torino 1971.

La psichiatrica torinese tra il 1974 e il 1978

I manicomi: si torna indietro?

Nel dicembre del 1972 il reparto 13 dell'ospedale di Collegno ospitava sessantatre malati: circa il 90 per cento di essi non risultava sottoposto ad alcun tipo di contenzione fisica; il 51 per cento era stato da poco avviato a una qualche attività lavorativa retribuita; il 70 per cento partecipava regolarmente a iniziative di svago come gite di gruppo, atelier di pittura, tornei di bocce o di carte; al 78 per cento, infine, era concesso di circolare liberamente tra le sezioni e un ricoverato godeva addirittura di un permesso d'uscita permanente[41]. La portata dei cambiamenti era stata insomma notevole, soprattutto se si considera che il 13 era l'ex reparto "furia", ossia il luogo in cui per decenni erano stati confinati, in condizioni di totale chiusura verso l'esterno e per di più con l'obbligo di trascorrere la gran parte del proprio tempo legati a un letto o semmai trascinandosi senza scopo su e giù per il refettorio, i soggetti ritenuti particolarmente pericolosi, quelli che si rendevano responsabili di condotte violente o anche soltanto di infrazioni più o meno gravi ai regolamenti manicomiali. L'opera di rinnovamento era stata promossa dal neo-primario, il dottor Liffredo, che nel giro di poche settimane dalla sua nomina, avvenuta in marzo, era riuscito ad ottenere dall'amministrazione ospedaliera alcune piccole migliorie di carattere materiale – un frigorifero, qualche sedia e un dondolo da giardino – e che aveva poi cercato di allentare il «clima persecutorio e carcerario» del reparto, riducendo al minimo le contenzioni, stimolando l'organizzazione di assemblee settimanali tra personale infermieristico e degenti e rifiutandosi di accettare nuovi "ospiti", ma solo se provenienti da altre sezioni e lì inviati per motivi "disciplinari". Al termine di un'indagine durata diversi mesi – dalla quale sono stati tratti i dati proposti più sopra – la Commissione di tutela della ALMM poteva così annotare quanto segue: «il reparto attualmente non si differenzia in nulla dagli altri reparti dell'OP; i malati non denotano alcun elemento di pericolosità particolare né occorre esercitare nei loro confronti sorveglianza o provvedimenti speciali [...]. Il 13 può essere di fatto definito un reparto come tutti gli altri»[42].

La situazione era però destinata a mutare e già nel giugno del 1976, a distanza di appena tre anni da quell'indagine, l'ex "furiosi" sembrava essersi ritrasformato nel luogo fatiscente e privo di vita che era stato in passato: «è il reparto più squallido in cui mettiamo piede», riferiva senza mezzi termini un inviato della "Gazzetta del Popolo"; «sbarre e

[41] Cfr. ALMM (a cura di), *Una falsa alternativa alla fabbrica della follia*, Litostampa "La Precisa", Torino 1973, pp. 44-45.

[42] Ivi, pp. 38 e 40.

cancelli dovunque, un'aria di vecchio e di sporco [...], a metà corridoio tre cessi e tre orinatoi, sudici e puzzolenti, senza dubbio i servizi igienici più ributtanti di tutto il manicomio»[43]. Di lì a poco quel giudizio doveva essere confermato dalla stessa Commissione di tutela, che sarebbe giunta a parlare esplicitamente, in seguito a nuove ispezioni, di un clima di «desolazione» e di «abbandono»: anche qui «alcuni degenti dormono coricati sulle panche e la maggior parte percorre e ripercorre il lungo corridoio nervosamente mentre altri siedono, apatici e assenti, appoggiati ai tavoli. Un [ricoverato] è perennemente contenuto ai polsi perché – ci dicono gli infermieri – "è pericoloso e spacca sempre i vetri"»[44].

Volgiamo ora lo sguardo alle strutture manicomiali nel loro insieme, per provare a capire se la profonda involuzione riscontrata a proposito del reparto 13 possa essere considerata un fenomeno di carattere generale, relativo cioè a tutta o alla gran parte dell'istituzione ospedaliera, o se si sia trattato piuttosto di un fatto circoscritto, di una singola vicenda "sfortunata" e perciò incapace di compromettere a fondo il processo di riforma avviato dopo gli anni della contestazione. A tale scopo potrebbe rivelarsi estremamente utile confrontare le due fonti più ricche di cui si dispone al riguardo: ci si riferisce da un lato a un'inchiesta condotta dalla "Gazzetta del Popolo" tra il maggio e il giugno del 1976[45] e dall'altro lato a un insieme di relazioni redatte dalla Commissione provinciale di vigilanza sui manicomi all'incirca nello stesso periodo[46]. Va tenuto presente, d'altro canto, che in precedenza fonti di quel genere avevano mostrato tra loro discordanze anche sostanziali, come era accaduto ad esempio in occasione degli atti di violenza perpetrati ai danni di alcuni malati alla fine del 1968, atti di cui i giornali avevano dato ampia testimonianza e che gli organi ufficiali di controllo avevano invece tentato grossolanamente di ridimensionare, arrivando in certi casi addirittura a negarne la sussistenza.

L'immagine che si ricava dagli articoli della "Gazzetta" è quella di un manicomio percorso da tensioni contrastanti, nel quale coesistevano, in un equilibrio sempre precario, elementi di natura diversa: reparti ammodernati nel mobilio, arredati persino «con gusto», complessivamente puliti ed altri che invece sembravano non essere stati neppure sfiorati dagli avvenimenti di quegli anni e che mantenevano intatto

[43] "Gazzetta del Popolo", *Dietro le mura di Collegno*, 9 giugno 1976.

[44] ALMM (a cura di), *Alternative astratte e manicomio reale: situazione degli OOPP di Torino dall'1.1.78 al 30.4.78 e interrogativi sulla sorte dei malati*, stampato in proprio, p. 33. In Archivio ALMM.

[45] Si vedano i seguenti articoli, tutti a firma di Alberto Papuzzi: *Matti e anche dimenticati*, 18 maggio 1976; *Vivere in manicomio*, 1 giugno 1976; *Dietro le mura di Collegno*, 9 giugno 1976; *A scuola in manicomio*, 16 giugno 1976.

[46] Si precisa che le relazioni in questione, una ventina in tutto, giacciono attualmente presso un archivio regionale non accessibile al pubblico (Archivio regionale di deposito, Torino, via Sospello).

l'aspetto asettico e un po' grigio di un tempo; malati che indossavano vesti borghesi e anziani istituzionalizzati ancora abbigliati con il vecchio "rigatino"; qualche medico volenteroso e dinamico che doveva però fare regolarmente i conti con colleghi molto spesso irreperibili, o perché chiusi nei loro uffici a firmare il "rapportino notturno" compilato dagli infermieri o perché del tutto assenti dal posto di lavoro. «Dal complesso dei rilievi oggettivi risultanti dalle visite effettuate nel periodo gennaio-marzo – notava al riguardo la Commissione di vigilanza – emerge sotto il profilo tecnico-sanitario una situazione diffusa di carenza direzionale ed organizzativa. Anzitutto, nessun adeguato controllo è esercitato sull'espletamento dell'orario di servizio da parte del personale medico ed infermieristico; il persistente rifiuto dell'adozione sistematica, per tutto il personale, della timbratura oraria fa sì che rimangano in vigore procedure (quali la firma sui fogli di presenza [...]) che nell'ambiente istituzionale dell'ospedale psichiatrico non offrono garanzia alcuna contro isolati od abituali abbandoni del servizio, abusi avallati da espliciti o taciti consensi dell'autorità, oppure sistematiche posizioni di privilegio clientelare [...]. Ai fini della continuità assistenziale – proseguiva la relazione – molto gravi appaiono alcuni provvedimenti dell'amministrazione, che ha concesso ai medici la settimana corta e la possibilità di espletare l'orario di servizio giornaliero in un solo turno. Ciò determina inevitabilmente, pur nella pienezza degli organici, un calo abissale dei livelli di assistenza non soltanto psichiatrica ma anche generica [...]. Per un grande complesso ospedaliero dell'ordine di 500-1200 degenti, quali sono le dimensioni degli OO.PP. di Torino, questa situazione deve ritenersi anomala e fonte di grave danno potenziale e reale ai ricoverati. Un solo medico di guardia può risultare non in grado di soddisfare correttamente le esigenze internistiche di simile popolazione ospedaliera; ciò si afferma non in ragione della capacità o della dedizione del medico ma per il fatto che, nel clima di diffuso anche se non generale lassismo dell'istituto psichiatrico, l'assenza per tanto tempo di tutti i medici meno uno – spesso il più giovane e meno esperto – determina arbitrarie decisioni di rinvio delle chiamate o comunque di attesa ingiustificata»[47].

La Commissione di vigilanza accennava poi anche a diverse malate contenute o «assicurate mediante fasce alle poltrone» presso la sede manicomiale delle Ville Regina Margherita a Collegno[48]. Il fenomeno

[47] Archivio regionale di deposito, via Sospello, Torino, *Fondo Medico provinciale*, Regione Piemonte, Assessorato sicurezza sociale e sanità, Ufficio del Medico provinciale di Torino, Commissione provinciale di vigilanza, «Considerazioni conclusive in ordine alle ispezioni effettuate», 5 aprile 1977. Si noti che il dato relativo al numero dei degenti riportato nel documento non è corretto: nel 1977, infatti, la popolazione manicomiale superava le 2.000 unità.

[48] Archivio regionale di deposito, via Sospello, Torino, *Fondo Medico provinciale*, Regione Piemonte, Assessorato sicurezza sociale e sanità, Ufficio del Medico provin-

delle contenzioni fisiche all'interno degli ospedali psichiatrici – stranamente trascurato dalla "Gazzetta del Popolo" – è però difficile da quantificare con esattezza, specialmente quando non si disponga, come nel nostro caso, degli appositi registri nei quali venivano annotati, giorno dopo giorno, i nomi delle persone sottoposte a quelle misure. Ci si sarebbe comunque aspettati, dopo il "falò" del 13 settembre 1969, che il ricorso a cinghie e morsetti fosse andato pian piano attenuandosi. Risulta invece, stando almeno a quanto ci dicono i relativi "rapportini" diurni e notturni, che ancora nella seconda metà degli anni Settanta in alcune sezioni c'erano pazienti contenute quasi ogni notte, anche per mesi consecutivi. Si trattava probabilmente di casi isolati, che tuttavia denotavano, nel loro insieme, il persistere di quelle vecchie logiche coercitive contro cui con tanto vigore si era battuto, soltanto pochi anni prima, il movimento di contestazione antimanicomiale. Peraltro va precisato che le manifestazioni più eclatanti di violenza ai danni dei ricoverati sembravano ormai essere pressoché scomparse. Così come pure certe tecniche terapeutiche assai in auge in passato, in particolare l'apomorfina, una sostanza con spiccate proprietà emetiche usata nel trattamento delle dipendenze da alcool, e l'elettroshock, caduto letteralmente in disuso anche per effetto del clamore suscitato dal caso del dottor Coda, il medico noto per i suoi "elettromassaggi" lombopubici[49], che nel luglio del 1974 era stato condannato a cinque anni di reclusione per maltrattamenti continuati ed aggravati nei confronti di alcuni degenti di Collegno[50].

Le fonti fin qui esaminate, insomma, fanno pensare, se non proprio ad una vera involuzione come quella rilevata per il reparto 13, perlomeno ad una brusca frenata del processo di rinnovamento, ad una fase di stagnazione sulla quale potrebbero aver influito svariati fattori. In primo luogo si deve tener presente che alcune delle più innovative esperienze riformatrici erano andate un po' alla volta esaurendosi: in certi casi per l'emergere di contrasti interni tra i vari membri delle équipes, dovuti a divergenze di linea o a dissapori di carattere personale; in altri – probabilmente più numerosi – perché chi se n'era fatto promotore aveva poi preferito, dopo la creazione dei servizi di zona, proiettare le proprie energie all'esterno, nella convinzione, forse, che operando direttamente sul territorio sarebbe stato possibile dar vita ad una sorta di argine, ad un cordone protettivo capace di ridurre l'accesso di nuovi

ciale di Torino, Commissione provinciale di vigilanza, «resoconto visita ispettiva presso la sede delle Ville Regina Margherita di Collegno», 17 gennaio 1977.

[49] Si trattava di scariche elettriche somministrate sui genitali, ad un voltaggio tale da provocare sofferenze intensissime ma non abbastanza elevato per indurre perdita di conoscenza.

[50] Per una ricostruzione della vicenda processuale si veda A. Papuzzi, *Portami su quello che canta, processo ad uno psichiatra*, Einaudi, Torino 1977.

pazienti in manicomio. A ciò si aggiunga il fatto che la Giunta di sinistra insediatasi al governo della Provincia dopo le consultazioni elettorali del 15 giugno 1975 aveva posto a cardine della sua azione in campo assistenziale proprio il progressivo trasferimento all'esterno delle risorse umane e finanziarie disponibili; quella politica, però, unitamente al «blocco rigido delle assunzioni»[51] in ospedale psichiatrico imposto all'Opera pia, nel concreto aveva anch'essa contribuito ad allontanare dal manicomio alcune tra le forze progressiste più dinamiche. Col risultato che le attività riabilitative e risocializzanti, caratteristica cruciale delle prime comunità terapeutiche, verso la metà degli anni Settanta parevano ormai rappresentare poco più di un debole ricordo del passato. Piera Piatti, che in qualità di presidente della ALMM aveva a lungo sostenuto una strategia di "superamento" radicalmente diversa rispetto a quella adottata dall'amministrazione provinciale, fondata cioè sul miglioramento dell'assistenza interna alle strutture ospedaliere, così ebbe modo di riassumere i termini della questione durante una tavola rotonda ospitata dalla "Gazzetta del Popolo": «ma non si distrugge il manicomio con le parole, con le ideologie; né con i programmi, i verbali, le discussioni, i dibattiti [...]. Il manicomio si distrugge nella misura in cui lo si cambia, lo si migliora. Questa è l'ennesima contraddizione con cui ci scontriamo: che per distruggere l'istituzione manicomiale è necessario migliorarla. Accettare questa contraddizione non è facile: ci sono stati su questo punto degli scontri perché ci sono gli ideologi puri, gli astratti, che quando tu dici "mettiamo il gabinetto per il degente" ecco che ti rispondono: "no, perché rafforza l'istituzione". E non si rendono conto che ciò che rafforza veramente l'istituzione è lasciare il degente in condizioni penose»[52].

Se i contrasti interni al fronte antimanicomiale non avevano certo giovato alla riforma della psichiatria torinese, ancor più deleterio in tal senso si era rivelato il lento acutizzarsi, in special modo dentro gli ospedali, di forme striscianti e più o meno sotterranee di resistenza al cam-

[51] "l'Unità", *Superare l'istituzione manicomiale puntando su strutture decentrate*, 25 aprile 1976. Articolo a firma di Attilio Sabbadini, Assessore all'assistenza della Provincia di Torino. Cfr. anche AFVN, *Fondo 1 (Aldo Romagnolli)*, Faldone 318, BXVI, F 319/A, Giunta provinciale di Torino, «Linee programmatiche in materia psichiatrica», Torino 27 ottobre 1976.

[52] "Gazzetta del Popolo", *Come lottare in manicomio*. Qualche tempo dopo anche Attilio Sabbadini avrebbe riconosciuto che «in passato, nel partito, nelle forze della sinistra, si temeva molto questo rischio. Per una ragione anche di purezza di linea, si parlava del pericolo di una razionalizzazione del manicomio: cioè, ci si preoccupava di non favorire una segregazione edulcorata. Così è accaduto che non si è messo a fuoco con sufficiente rigore il problema del *che fare* all'interno del manicomio. Ed è questo immobilismo, questo lasciar sedimentare le cose, il vero rischio che fa sopravvivere l'istituzione». Cfr. "Gazzetta del Popolo", *Ma la fabbrica della follia per ora non chiude i battenti*, 12 febbraio 1977.

biamento; rispetto ai tempi della crisi non c'erano più forze conservatrici chiaramente individuabili, quali erano state per un certo periodo il consiglio di amministrazione dell'Opera pia, i sindacati infermieristici o la Giunta provinciale democristiana; quelle resistenze, invece, tendevano ora a manifestarsi solo di tanto in tanto, sfociando più che altro in contenziosi tra singoli individui, condotti spesso a colpi di denunce, querele, controquerele ed esposti alla Magistratura. Fin dalla sua nomina a presidente dei manicomi, nel 1971, il più colpito di tutti era stato senza dubbio Andrea Prele: nel maggio del 1976, ad esempio, l'allora segretario della UIL ospedalieri, Carlo Fiordaliso, era giunto persino ad accusarlo di peculato[53] e questo proprio mentre si stava per procedere, dopo quasi un anno e mezzo dalla scadenza del mandato, a rinnovare il cda dell'Opera pia. La manovra non aveva però sortito gli effetti desiderati e alla fine Prele era stato riconfermato alla guida dell'ente, incarico che avrebbe poi mantenuto fino al 1980.

Manicomio, settore, cliniche private

Nell'aprile del 1977, trentasei zone sulle quarantaquattro in cui era stato suddiviso il territorio della provincia di Torino risultavano ormai raggiunte dai servizi psichiatrici settoriali; le nove zone ancora completamente "scoperte", tutte situate al di fuori dell'area urbana torinese, coincidevano con i Comuni di Susa, Avigliana, Lanzo, Ciriè, Perosa Argentina, Strambino, Caluso, Carmagnola, Moncalieri e Rivarolo. Gli ambulatori aperti al pubblico, appena sette all'inizio del 1973, erano diventati nel frattempo ventidue, cui facevano capo in tutto trentatre équipes esterne, per un totale di circa duecentocinquanta operatori coinvolti tra medici, infermieri, assistenti sociali, psicologi, educatori e assistenti sanitarie visitatrici.

Permanevano – è vero – diversi problemi irrisolti e squilibri di carattere geografico: ben poche équipes, ad esempio, erano complete, ad alcune mancavano figure cruciali come lo psicologo o l'assistente sociale, altre erano addirittura prive dello psichiatra oppure di uno o più infermieri; la qualità dell'assistenza poteva poi variare sensibilmente da zona a zona, in funzione dell'orario di apertura degli ambulatori e soprattutto della maggiore o minore reperibilità dei medici, molti dei quali, in par-

[53] In sua difesa si era schierata compatta la ALMM: «le accuse – recitava un comunicato stampa dell'associazione – tendono a colpire l'uomo, visto che non si è mai riusciti a colpire il presidente. Perché si attacca Prele? È stato il primo presidente che si sia preoccupato di conoscere in ogni dettaglio l'organizzazione e la vita del manicomio; il primo che abbia cercato di mutare le condizioni di vita dei degenti, scontrandosi purtroppo con una serie di resistenze, non ultimo gli ostacoli opposti da numerosi operatori, dallo stesso Consiglio di amministrazione e dall'immobilismo della precedente amministrazione provinciale». Cfr. "l'Unità", *L'associazione contro le malattie mentali difende Prele*, 11 maggio 1976.

ticolare quelli che si trovavano in regime di "distacco" dall'Opera pia, lavoravano sul territorio a tempo parziale, dovendo dedicare parte della propria giornata all'attività ospedaliera. Quanto alle strutture, infine, esse si limitavano quasi ovunque a piccoli dispensari collocati spesso in sedi "di fortuna": nei locali del Municipio, come ad Orbassano e San Mauro, paesi situati entrambi alle porte di Torino, all'interno di ospedali civili e – in certi casi – presso gli uffici del Centro d'igiene mentale o dei medici condotti.

Va detto, inoltre, che malgrado lo sviluppo della politica di settore fosse avvenuto nel rispetto delle scadenze temporali e in parte anche dei parametri quantitativi previsti dal Protocollo aggiuntivo nel luglio del 1973 a distanza di quattro anni dalla stipula di quel documento era ancora il manicomio il vero fulcro del sistema assistenziale torinese. E questo non soltanto per il fatto che esso impiegava quasi duemila operatori – a fronte dei circa duecentocinquanta attivi sul territorio – ma anche perché l'amministrazione provinciale continuava a spendere per il pagamento delle rette ospedaliere una cifra corrispondente ad oltre sei volte quella investita nei servizi di zona[54]. Né si deve dimenticare che nel 1977 la popolazione manicomiale, sebbene fosse in costante decrescita ormai da più di dieci anni, ammontava ancora a 2.175 degenti. Rispetto al passato erano però nettamente diminuiti i ricoveri di casi acuti, con la conseguenza che i padiglioni di osservazione erano andati un po' alla volta tramutandosi «in reparti di medio o lungo degenza» e l'ospedale «nel suo complesso» sembrava ora attraversato da una «minore tensione diagnostica e terapeutica». Tale almeno era il giudizio della Commissione di vigilanza[55], che attribuiva le cause di quei cambiamenti ad un duplice ordine di fattori: da un lato al «lavoro dei servizi esterni» e dall'altro lato al «forte sviluppo dell'ospedalizzazione privata».

Pare in effetti che a partire dalla fine degli anni Sessanta il ruolo esercitato dai privati in campo assistenziale fosse andato via via rafforzandosi parallelamente al progressivo ridimensionamento delle istituzioni pubbliche: già nel 1974 l'INAM aveva autorizzato oltre 3.600 ricoveri in strutture convenzionate, 1.200 in più di quelli disposti nello stesso anno in manicomio[56]; nel 1976 le cinque cliniche private della provincia di Torino (Villa Augusta, Villa Cristina, Villa della Salute, Villa Patrizia e Ville Turina Amione) erano arrivate ad accogliere, nel loro insieme,

[54] Cfr. A. Rossati, *Considerazioni sulla spesa per l'assistenza psichiatrica sostenuta dalla amministrazione provinciale di Torino*, in "Annali di Freniatria e Scienze Affini", Edizioni Minerva Medica, Torino, vol. 90, n.3, luglio-settembre 1977, pp. 331-334.

[55] Regione Piemonte, Assessorato sicurezza sociale e sanità, Ufficio del Medico provinciale di Torino, Commissione provinciale di vigilanza, *Considerazioni conclusive in ordine alle ispezioni effettuate* cit.

[56] Cfr. "Gazzetta del Popolo", *Quando la follia rende miliardi*, 16 febbraio 1977.

quasi 5.000 nuovi degenti contro i 2.500 entrati nello stesso periodo in ospedale psichiatrico[57]. È opportuno però sottolineare che fino almeno al 1980 – come si evince bene dalla tabella 5 – il numero delle ammissioni nelle sette case di cura neuropsichiatriche piemontesi (alle cinque già citate si devono aggiungere la clinica San Michele di Bra e la San Giorgio di Viverone) si mantenne sempre piuttosto stabile, oscillando tra i 5.175 ingressi del 1979 e i 6.009 del 1977; dopo l'approvazione della legge 180, nel maggio del 1978, i ricoveri manicomiali erano invece letteralmente crollati, passando da una media di circa 2.300 all'anno nel periodo 1970-1978 ai 499 del 1979, scesi a 404 nel 1980.

Anno	Ricoveri	gg. anno	Durata media	Spesa
1975	5.804	218.447	37	3.608.018.254
1976	5.950	237.992	40	4.514.256.415
1977	6.009	235.932	39	4.982.994.420
1978	5.495	204.649	36	5.052.775.798
1979	5.175	193.245	37e	8.300.251.120
1980	5.308	198.520	37	8.300.487.052

TABELLA 5: ricoveri e spese relative nelle 7 case di cura private piemontesi (1975-1980). FONTE: Giornata di studio su salute mentale e case di cura neuropsichiatriche, in Archivio CIPES Faldone 429.

Il che comprovava come tra il settore pubblico e quello privato i rapporti fossero forse un po' meno stretti di quanto non avesse ipotizzato la Commissione di vigilanza. Del resto le cliniche ricoveravano perlopiù malati paganti in proprio o lavoratori che usufruivano di assistenza mutualistica mentre il manicomio era riservato per legge ai soli «alienati poveri». I rispettivi circuiti di reclutamento dei futuri degenti erano insomma piuttosto indipendenti l'uno dall'altro, anche in virtù del fatto che nel privato, di norma, non era ammesso il regime coattivo[58].

Per concludere si può dunque affermare che alle soglie della legge 180 la complessità del panorama assistenziale torinese risultava, in confronto all'epoca ormai lontana della contestazione, notevolmente aumentata, in particolare all'esterno, dove al vecchio Centro d'igiene

[57] Cfr. APC, Servizi psichiatrici di zona (a cura dell'équipe dell'Unità locale 28), «Ricerca sull'emarginazione coatta in manicomio in base alla pericolosità e al pubblico scandalo. Dati e considerazioni concernenti la provincia di Torino per l'anno 1976», Settimo Torinese aprile 1978.

[58] Faceva eccezione Villa Cristina, che fin dalla sua istituzione, nel 1851, aveva funzionato a tutti gli effetti alla stregua di un manicomio pubblico e che era poi stata autorizzata a ricevere pazienti "coatti" a norma della legge psichiatrica del 1904.

mentale era andata pian piano affiancandosi una rete di ambulatori settoriali ben più articolata e con un radicamento sul territorio senza dubbio maggiore; il manicomio, per parte sua, viveva una fase di incertezza, in bilico tra istanze di rinnovamento ancora presenti e più o meno mascherate nostalgie del passato. Certo, l'enorme spinta dal basso che aveva contribuito, tra la fine del 1968 e i primissimi anni Settanta, a destabilizzare l'ordinamento istituzionale consolidato si era quasi del tutto esaurita; la sua eredità culturale e politica si era però mantenuta viva e va riconosciuto che tanto l'Opera pia quanto l'amministrazione provinciale avevano cercato in qualche modo di raccoglierla e di farla propria, tramutandola poi in un progetto concreto di riforma. Ancorché con tutte le difficoltà e le contraddizioni di cui si è dato conto fin qui, quel progetto era stato in parte realizzato; nel frattempo, alla guida degli ospedali psichiatrici di Torino era stato chiamato Agostino Pirella, ex collaboratore di Basaglia a Gorizia e in seguito direttore del manicomio di Arezzo; a lui sarebbe toccato il duro compito di portare a compimento il percorso di trasformazione iniziato alla fine degli anni Sessanta.

La riforma, finalmente

Premessa: la psichiatria contro i manicomi

Il 23 maggio del 1969, al termine di un convegno organizzato dall'amministrazione provinciale di Venezia, veniva approvata «per acclamazione» la seguente mozione finale, redatta, fra gli altri, dal presidente dell'AMOPI, Eliodoro Novello, e dai responsabili degli Uffici sanità della DC e del PCI, Giancarlo Bruni e Sergio Scarpa: «il problema [...] della tutela della salute mentale non può trovare soluzione nell'ospedale psichiatrico e neppure nei reparti psichiatrici, ma nell'unità sanitaria locale intesa nel suo concetto di intervento globale, preventivo, curativo e riabilitativo. Il convegno, pertanto, afferma il principio fondamentale della deospedalizzazione dell'assistenza [...], che si potrà attuare sia attraverso il blocco assoluto della costruzione di nuovi ospedali [...], sia attraverso il progressivo sfollamento dei degenti dagli istituti»[59].

A quelle stesse conclusioni giungeva, appena dieci mesi più tardi, anche il Convegno "Psichiatria ed Enti locali", tenutosi a Reggio Emilia il 24 ed il 25 marzo del 1970: «i partecipanti – si legge nel documento sottoscritto alla fine dei lavori – [...] ritengono loro dovere prendere pubblica posizione [e] affermano che il problema della [...] salute mentale può essere risolto esclusivamente nell'ambito [...] del Servizio sanitario nazionale [...]. Il Convegno non solo ribadisce [...] il principio della deospedalizzazione dell'assistenza [...] – e quindi si oppone alla costruzione di nuovi ospedali [...] – ma ancor più esprime il proprio giudizio negativo sulla prospettata istituzione di enti ospedalieri psichiatrici, che rappresenterebbero un'ulteriore involuzione dell'organizzazione attuale»[60]. Tra i firmatari della mozione spiccavano ancora una volta i nomi di Novello, Bruni e Scarpa, cui si aggiungeva quello di Giovanni Jervis, che dopo aver lasciato Gorizia, nel giugno del 1969, si era trasferito proprio a Reggio, città in cui sarebbe rimasto fino alla seconda metà degli anni Settanta, dedicandosi all'organizzazione di un servizio psichiatrico territoriale alternativo al manicomio e, parallelamente, alla stesura di uno dei suoi volumi forse più conosciuti e apprezzati, il *Manuale critico di psichiatria*.

Sono almeno due le osservazioni che si possono proporre a partire dai documenti appena citati. La prima è che l'approvazione della legge Mariotti, nel marzo del 1968, non aveva per nulla contribuito a sopire le richieste di una riforma complessiva dell'assistenza psichiatrica in Italia. Richieste che al contrario parevano essersi fatte ancor più insi-

[59] La mozione è pubblicata sul "Bollettino dell'AMOPI", Stabilimento Grafico Commerciale, Firenze, anno VII, n. 3, giugno 1969, pp. 198-199.

[60] La mozione è pubblicata sul "Bollettino dell'AMOPI", Stabilimento Grafico Commerciale, Firenze, anno VII, n. 2-3, aprile-giugno 1970, pp. 112-114.

stenti proprio in virtù del carattere estremamente parziale di quella legge, le cui principali innovazioni erano consistite – come più volte si è sottolineato in precedenza – nell'introduzione del ricovero volontario e nell'abolizione dell'obbligo d'iscrizione al casellario giudiziale per le persone internate in manicomio. Va poi notato – ed è questo il secondo elemento su cui intendiamo riflettere – come gran parte del mondo psichiatrico italiano si fosse schierato su posizioni antimanicomiali già all'inizio degli anni Settanta. Persino la Società italiana di psichiatria, che per la sua spiccata connotazione accademica aveva sempre trascurato le questioni di natura assistenziale, nel 1972 sarebbe giunta a chiedere ufficialmente il divieto di «costruire nuovi ospedali psichiatrici, né provinciali né affidati ad altri enti o istituzioni»[61], prospettando nel contempo un'organizzazione di tipo settoriale, fondata sia su presidi esterni, come ambulatori e centri socioterapici, sia su «divisioni» e «sezioni» specialistiche nelle strutture ospedaliere civili.

Nell'immediato i due convegni di Venezia e di Reggio non ebbero però alcuna ripercussione concreta sul piano legislativo, tanto che il disegno di legge approntato nei primi mesi del 1971 dall'allora Ministro della Sanità Luigi Mariotti – peraltro mai neppure discusso in sede parlamentare – pur includendo a tutti gli effetti la psichiatria nell'ambito della riforma sanitaria, manteneva sostanzialmente invariata la disciplina relativa ai manicomi, al cui riguardo l'unica innovazione prevista era il passaggio delle competenze amministrative dalle province alle regioni.

Una legge, tanti "padri": breve cronistoria della riforma

«Onorevoli colleghi! Il testo predisposto dalla XIV Commissione permanente, più comunemente noto come "legge di riforma sanitaria" e che per la prima volta giunge all'esame dell'Assemblea, risponde innanzitutto all'esigenza di dare corpo e concretezza al preciso dettato sancito dall'articolo 32 della Costituzione. Come è noto, questo articolo, in armonia con le tendenze e le aspirazioni della società contemporanea, afferma che spetta ai pubblici poteri provvedere alla tutela della salute, che viene presa in considerazione dall'ordinamento giuridico perché ritenuta bene primario dell'uomo, in quanto [...] condizione

[61] Consiglio direttivo della Società italiana di psichiatria, *Linee programmatiche per l'assistenza psichiatrica*, pubblicate sul "Bollettino dell'AMOPI", Stabilimento Grafico Commerciale, Firenze, anno X, n. 3-4, giugno-agosto 1972, p. 46. Il documento venne poi nuovamente ratificato nel corso del XXXII Congresso nazionale della SIP, svoltosi a Bologna tra il 19 e il 23 marzo del 1975. La mozione approvata in quella circostanza chiedeva inoltre: «l'inserimento della psichiatria nella normativa [...] sanitaria generale [...]; l'abolizione della legislazione del 1904 e [...] dell'ospedale psichiatrico anche nella sua accezione di ospedale specializzato». Cfr. Società italiana di psichiatria, *Atti del XXXII Congresso nazionale*, Bisceglie Tip. Scuola Casa della Divina Provvidenza, 1976, p. 441.

indispensabile affinché l'individuo possa estrinsecare, liberamente e compiutamente, la sua personalità»[62]. Nel dicembre del 1977 aveva finalmente inizio, alla Camera, la discussione sulla legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale. Il testo, che rappresentava il punto di approdo di oltre un decennio di lotte sindacali, di iniziative naufragate spesso anche sul nascere, di progetti elaborati e mai giunti in Parlamento, di dibattiti e convegni sul tema[63], era il frutto di un lungo lavoro di sintesi che la Commissione igiene e sanità aveva effettuato a partire da un ddl governativo e da quattro diverse proposte di legge presentate, rispettivamente, dal PCI, dal PSI, dal Partito Demoproletario e da quello liberale. Per quanto concerne l'assistenza psichiatrica, cui erano dedicati due articoli piuttosto corposi, il n. 30 ed il n. 54, la novità più importante era senz'altro costituita dall'abolizione dei manicomi, misura che ormai pareva godere di un largo consenso sia in campo medico, come si è visto, sia a livello politico[64]. Permaneva però, a fare in un certo senso da contraltare proprio a quella misura, una forma di ricovero coattivo, il cosiddetto trattamento sanitario obbligatorio (TSO), che sulla base di quanto stabilito dal terzo comma dell'articolo 30 doveva essere disposto dall'autorità sanitaria, previa «proposta motivata di un medico» della USL, ma solo ove fossero esistite «alterazioni gravi dello stato di salute individuale o gravi ragioni di sanità pubblica e condizioni e circostanze» tali da giustificare il «provvedimento per l'impossibilità di adottare idonee misure sanitarie di altra natura».

Alla Camera la questione dei TSO fu da subito al centro di una polemica durissima. Le critiche più intransigenti provennero indubbiamente dai banchi del Partito Radicale, che al riguardo aveva addirittura sollevato una pregiudiziale di incostituzionalità[65], poi respinta, e soprattutto di

[62] XIV Commissione permanente (Igiene e Sanità pubblica) della Camera dei Deputati, *Relazione* sul Disegno di legge presentato dal Governo, "Istituzione del Servizio sanitario nazionale" e sulle proposte di legge "Istituzione del Servizio sanitario nazionale" (Triva e altri, PCI), "Istituzione del Servizio nazionale sanitario e sociale" (Gorla e altri, Partito demoproletario), "Istituzione del Servizio sanitario nazionale" (Tiraboschi e altri, PSI), "Istituzione del Servizio sanitario pubblico" (Zanone e altri, PLI), in Camera dei Deputati, *Disegni e proposte di legge – relazioni*, volume XXVII, Stabilimenti Tipografici Carlo Colombo, p. 3.

[63] Cfr. G. F. Goldwurm, *Psichiatria e riforma sanitaria*, Teti Editore, Milano 1979.

[64] Sul punto in questione, tuttavia, va sottolineata una certa reticenza specialmente da parte del disegno di legge del Governo: «nella [...] riforma – notava al riguardo la Società italiana di psichiatria – l'abolizione dell'ospedale psichiatrico deve essere indicata in modo inequivocabile [...]. A questo proposito si rileva che tale obiettivo sembra non venir considerato come irrinunciabile da tutte le parti politiche. Così ad esempio l'articolo 12 del progetto [...] governativo sembra adombrare ancora la permanenza dell'ospedale psichiatrico fra le strutture assistenziali di secondo livello». Cfr. APC, SIP, «Documento sull'assistenza psichiatrica e la riforma sanitaria», Bologna 10 maggio 1977.

[65] Secondo i radicali la legge avrebbe dovuto indicare con precisione la specificità dei

quello demoproletario: «vi sono alcune cose – spiegò Massimo Gorla intervenendo al dibattito sulle linee generali della riforma – che ci lasciano stupefatti [...]. Si afferma che il malato ha diritto a comunicare con l'esterno. Lo credo bene! Ci mancherebbe altro che non avesse tale diritto. Non capisco perché si debba regolamentarlo per legge. Si afferma ancora che il malato ha diritto di opporsi ad un trattamento coatto [...], rivolgendosi, direttamente o attraverso i suoi legali, al giudice tutelare. Signor Presidente, confesso di non capire. Ho la sensazione che accanto al fermo di polizia, che stiamo trattando in altra sede, si stia istituendo il fermo di malattia»[66]. Del tutto opposto era invece il punto di vista della DC, di cui si fece portavoce Bruno Orsini, psichiatra e membro della Commissione igiene e sanità della Camera, secondo il quale la malattia mentale poteva essere considerata, in certe circostanze, una sorta di «patologia della libertà»: «perciò può darsi il caso di psicopazienti estremamente bisognosi di cure urgenti ospedaliere [e] che tuttavia non siano in grado di chiederle o addirittura le rifiutino [...]. La legge coglie giustamente un punto centrale: il ricovero coatto, come tutti i trattamenti sanitari obbligatori, non è emergenza solo psichiatrica (si pensi alle malattie infettive) e non giustifica quindi una legislazione speciale ma semmai una più moderna e coordinata regolamentazione dei casi che lo rendono indispensabile, così come la legge, appunto, prevede»[67]. Il compito di illustrare la posizione del PCI, sostanzialmente affine a quella democristiana, fu affidato a Vanda Milano, pure lei psichiatra e pure lei componente della Commissione igiene e sanità della Camera: «noi siamo convinti – disse – che un diverso modo di "fare salute", una diversa educazione sanitaria, un diverso rapporto medico paziente, una diversa partecipazione democratica ridurranno grandemente [...] il ricorso alla coazione [...]. Ma il negare ora, contro ogni evidenza, che sussista la necessità, sia pure eccezionale, di un provvedimento coattivo significherebbe non capire e non conoscere la realtà in cui ci muoviamo oppure affermare un principio che ci trova profondamente dissenzienti, cioè quello della malattia come diritto del cittadino. Noi crediamo al diritto alla salute. La coazione non è il fermo della salute: è, in casi del tutto particolari, una garanzia di tutela della salute. Per questo, all'interno dell'articolo 30, ci siamo impegnati a renderla una misura di tipo sanitario e non di pubblica sicurezza»[68].

singoli trattamenti previsti come obbligatori, pena uno stravolgimento dell'articolo 32 della Costituzione. Colloquio dell'autore con Mauro Mellini in data 19 settembre 2008. Cfr. anche Camera dei Deputati, *Atti parlamentari dell'Assemblea – Discussioni* dal 6 dicembre 1977 al 7 febbraio 1978, Volume XIV, Stabilimenti Tipografici Carlo Colombo, pp. 13.273-13.276.

[66] Ivi, pp. 13.362-13.363.

[67] Camera dei Deputati, *Atti parlamentari dell'Assemblea – Discussioni* dal 6 dicembre 1977 al 7 febbraio 1978, Volume XIV, p. 13.356.

[68] Ivi, p. 13.442.

Il 17 dicembre anche la basagliana Psichiatria democratica si inserì a pieno titolo nella querelle in corso alla Camera: «esprimiamo preoccupazione e dissenso su questa proposta [...] – recitava un comunicato stampa dell'associazione – perché tale forma di "trattamento sanitario obbligatorio" (a parte ogni giudizio sulla sua reale efficacia terapeutica) costituisce lesione della libertà personale e dei diritti del cittadino e non può pertanto essere lasciata alla decisione dell'autorità sanitaria»[69]. Quarantott'ore dopo era lo stesso Franco Basaglia, in un'intervista concessa al «Giorno», ad esprimere un giudizio complessivamente negativo sulla riforma: «è una danza di principi vecchi e nuovi, evidente risultato di un lavoro di compromesso che rischia di lasciare le cose esattamente come sono, con tutti i poteri delegati al medico e ad altri personaggi che con la cura del malato non hanno nulla a che fare. In effetti la legge presuppone l'esistenza di un'organizzazione sociale completamente diversa, assolutamente democratica. Ciò che non è. Bisogna [prevedere] – proseguiva Basaglia – delle norme transitorie. La proposta [attuale] potrebbe anche essere accettabile se conoscessimo le norme transitorie per realizzarla, perché è chiaro che senza [di esse] non ci si potrebbe nemmeno muovere, oppure ci si muoverebbe sempre illegalmente, con il pericolo di denunce e di processi»[70]. Il 21 dicembre, infine, giungeva la replica di Vanda Milano: attraverso un lungo articolo pubblicato su "l'Unità" e intitolato emblematicamente *Perché non si può parlare di fermo sanitario* la psichiatra del PCI imputò a Basaglia e Pirella «errori di lettura anche banali», precisando poi che «l'autorità sanitaria di cui parla[va] l'articolo 30 non e[ra] il medico ma il sindaco»: «il sindaco peraltro – proseguiva l'articolo – [agisce] sulla base di un disposto di legge e di un'indicazione fornita dagli operatori del settore. Non vi è quindi alcun medico che possa, "senza informare nessun organo pubblico per 48 ore, decidere con potere assoluto il ricovero coatto in manicomio", perché l'autorità sanitaria non è il medico e il ricovero coatto non può avvenire nell'ospedale psichiatrico. Né il giudice tutelare ha nella legge funzioni costrittive ma semmai di controllo e di carattere garantista»[71].

Intanto, mentre i lavori parlamentari procedevano a rilento, sia per l'oggettiva complessità della materia in esame sia per effetto della crisi di governo del gennaio '78, cui si aggiunse poi anche, a marzo, il rapimento dell'onorevole Moro, si profilò la celebrazione di numerosi referendum promossi all'inizio del '77 dal Partito Radicale, uno dei quali chiedeva l'abrogazione della normativa giolittiana sui manicomi e sugli alienati, all'epoca ancora in vigore. L'opzione referendaria era invisa a tutte le forze politiche e pure Basaglia vi si era dichiarato fermamente contra-

[69] F. Basaglia, A. Pirella, *Comunicato*, senza data, in Archivio ALMM. Parzialmente pubblicato in "l'Unità", *Un giudizio di psichiatria democratica*, 17 dicembre 1977.

[70] "Giorno", *Basaglia contro il referendum*, 19 dicembre 1977.

[71] "l'Unità", *Perché non si può parlare di fermo sanitario*, 22 dicembre 1977.

rio, dicendosi certo di un responso negativo da parte degli elettori[72]; i radicali avevano invece continuato a sostenere l'utilità – e la legittimità – della loro strategia anche dopo che alla Camera era stato presentato, nel dicembre del 1977, il testo unificato della Commissione igiene e sanità[73], testo che come si è accennato poc'anzi prevedeva espressamente, all'ultimo comma dell'articolo 30, l'abrogazione della vecchia legge manicomiale del 1904. Se si fosse trattato di un modo per costringere il Parlamento a decidere senza ulteriori esitazioni o piuttosto di una difesa di principio del referendum, in un momento storico in cui parevano manifestarsi volontà di revisione più o meno profonda di quell'istituto giuridico, in fondo poco importa. L'elemento da sottolineare è forse un altro e cioè il fatto che l'approssimarsi della scadenza referendaria, fissata per l'11 giugno del 1978, innescò una reazione a catena destinata a mutare completamente il corso degli eventi. Vediamo dunque cosa accadde. Innanzitutto va ricordato che per eludere il tanto temuto voto popolare la legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale doveva essere promulgata entro e non oltre la metà di maggio, scadenza però impossibile da rispettare, dato che in quei giorni il testo della Commissione si trovava ancora all'esame della Camera (ne erano stati votati appena pochi articoli)[74]. Il Governo si affrettò allora ad approvare un disegno di legge denominato "Accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori", che fu poi affidato, per sveltirne ulteriormente l'iter legislativo, alle Commissioni igiene e sanità di Camera e Senato in sede deliberante. Il nuovo ddl si ispirava, come esplicitamente richiesto da un documento congiunto firmato da AMOPI, Psichiatria democratica e SIP, agli articoli 30 e 54 del progetto di legge sulla riforma sanitaria: per la prima volta, tuttavia, compariva l'espressione "servizi psichiatrici di diagnosi e cura" (SPDC) ad indicare il luogo fisico all'interno degli ospedali generali ove avrebbe dovuto espletarsi il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale in regime di ricovero[75]. Altre piccole correzioni si erano poi rese necessarie, naturalmente, per eliminare dal testo ogni riferimento diretto a tutte quelle strutture, come ad esempio le USL, che al momento non esistevano ancora e che sarebbero state istituite soltanto a dicembre, con l'approvazione della legge sul Servizio sanitario nazionale.

[72] "Giorno", *Basaglia contro il referendum* cit.

[73] Cfr. Camera dei Deputati, *Atti parlamentari dell'Assemblea – Discussioni* dal 6 dicembre 1977 al 7 febbraio 1978 cit., pp. 13.273-13.276.

[74] Nelle sedute dell'11 e del 12 gennaio 1978 erano stati approvati gli articoli dall'1 al 10. Le votazioni sarebbero poi riprese il 25 maggio. Non corrisponde al vero, dunque, quanto ha scritto Bruno Orsini, secondo il quale la Camera aveva già votato gli "articoli psichiatrici" della riforma sanitaria (il 30 e il 54) nel dicembre del 1978. Cfr. B. Orsini, *Vent'anni dopo*, in AA.VV., *180 Vent'anni dopo*, La Redancia Edizioni, Albisola Superiore 1998.

[75] Nel testo unificato della Commissione si parlava più genericamente di "servizi all'interno di strutture dipartimentali".

Nel corso delle votazioni, tenutesi il 28 aprile e il 2 maggio del 1978, il ddl governativo venne però sottoposto ad alcune ulteriori modifiche. In primo luogo fu approvato un emendamento di carattere garantista, suggerito dal PCI e dal PSI, che introduceva l'obbligo di una seconda convalida medica, oltre a quella già prevista in origine, per i provvedimenti di trattamento sanitario obbligatorio. Si stabilì inoltre che quei provvedimenti, qualora avessero comportato una degenza in ospedale, avrebbero potuto essere disposti solo al verificarsi simultaneo di tre diverse condizioni: la presenza di «alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici»; il rifiuto, da parte del malato, di quei trattamenti; la mancanza delle «condizioni» e delle «circostanze» necessarie ad «adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra ospedaliere». Vi fu poi uno scontro alquanto vivace sul problema degli SPDC. Il Partito Socialista, che nella sua proposta di legge sulla riforma sanitaria aveva addirittura optato per la soluzione del "letto tecnico"[76], chiese – ed ottenne – che nell'articolo aggiuntivo 6-*bis* (...devono essere istituiti specifici ed autonomi servizi psichiatrici di diagnosi e cura), presentato dal relatore Orsini, fosse soppresso l'aggettivo "autonomi": «andava rifiutata – avrebbe spiegato più tardi l'onorevole Angelo Tiraboschi – l'intenzione di costituire, esaltandone l'autonomia, [strutture] corrispondenti a dei piccoli manicomi [...]. L'eliminazione del termine usato nel testo [...] offre più solide possibilità di un collegamento per-

manente tra degenti e servizi territoriali, tra operatori e contesto familiare e sociale»[77]; su precisa istanza del PCI, infine, il numero massimo di posti letto all'interno dei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura venne abbassato da 20 a 15.

Sciolti i nodi residui e approvato l'intero articolato della legge, il 2 maggio fu quindi possibile procedere alle dichiarazioni di voto. A riesaminare oggi i resoconti stenografici di quella seduta ciò che salta immediatamente agli occhi è un sentimento comune e condiviso di soddisfazione per il risultato raggiunto: aspetto da non trascurare, quest'ultimo, perché testimonia molto bene della larghissima convergenza che era venuta realizzandosi, soprattutto nella fase conclusiva dei lavori, tra le varie forze politiche rappresentate in Commissione. Anche se gli sarebbe poi stata attribuita la paternità della nuova normativa – paternità che gli va senza dubbio riconosciuta, se non altro sul piano culturale – Basaglia era uscito "sconfitto" almeno su due punti qualificanti della

[76] «La fase acuta della malattia di natura psichiatrica è gestita in ospedale civile mediante l'utilizzazione di posti letto nei vari reparti di medicina. È vietata, all'interno degli ospedali civili, l'istituzione di reparti per malattia di natura psichiatrica». Articolo 16, commi 7 e 8 della proposta di legge "Istituzione del Servizio sanitario nazionale" (Tiraboschi e altri, PSI), in Camera dei Deputati, *Disegni e proposte di legge – relazioni* cit., p. 28.

[77] Camera dei Deputati, *Atti parlamentari – Discussioni della XIV Commissione (Igiene e Sanità pubblica) in sede legislativa*, Stabilimenti Tipografici Carlo Colombo, p. 211.

riforma: in primo luogo sui trattamenti sanitari obbligatori, cui – come si è visto – si era subito energicamente opposto[78]; e in secondo luogo sugli SPDC, sempre ammesso che possano far fede, al riguardo, le "linee guida" per l'applicazione concreta della legge dettate dalla Segreteria nazionale di Psichiatria democratica ai suoi iscritti, nelle quali si chiedeva di «lottare contro l'istituzione dei servizi [...] di diagnosi e cura negli ospedali generali, che costituiscono di fatto una gestione separata e ripropongono [...] al di là delle buone intenzioni la logica del manicomio»[79]. Ben più appagata poteva invece ritenersi l'AMOPI, che su entrambi quei punti aveva visto accolte, sebbene con alcune parziali modifiche, le proprie rivendicazioni iniziali[80]; non si dimentichi peraltro che tanto la comunista Milano quanto il democristiano Orsini facevano parte di quell'associazione e avevano intrattenuto relazioni costanti con il suo presidente, Eliodoro Novello, fin dal 1977.

Dopo essere stata approvata, senza alcun emendamento, anche dalla Commissione igiene e sanità del Senato, presieduta dall'onorevole Adriano Ossicini, nel dicembre del 1978 la "180" confluì nella legge 833 istitutiva del Servizio sanitario nazionale. Quel passaggio non fu però scevro di conseguenze sul piano normativo. Qualche variazione «non del tutto innocente» intervenne infatti a modificare la disciplina relativa agli SPDC, affidando alle Regioni il compito di fissarne il limite massimo di posti letto e attenuando sensibilmente il collegamento tra essi ed i presidi territoriali: ai reparti psichiatrici già esistenti negli ospedali civili – e agli apparati medici che li gestivano – erano così garantite maggiore libertà d'azione ed una più ampia autonomia rispetto alle

[78] Pirella sostiene tuttavia che l'ultimo dei tre criteri necessari per l'applicazione dei TSO («se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive e idonee misure sanitarie extraospedaliere») fosse stato suggerito direttamente da Basaglia. Cfr. A. Pirella, *Poteri e leggi psichiatriche in Italia (1968-1978)*, in F. Cassata, M. Moraglio (a cura di), *Manicomio, Società e Politica*, Biblioteca Franco Serantini, Pisa 2005, p. 124.

[79] Segreteria nazionale di Psichiatria democratica, *Documento senza titolo*, in Archivio ALMM. Quanto ai TSO, le linee guida erano altrettanto esplicite: «ribadire ancora una volta, soprattutto con atti pratici, la netta opposizione di PD ad ogni forma di trattamento obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera. Si richiede un'opposizione attiva di PD nei confronti dell'attuazione dei trattamenti sanitari obbligatori, ricorrendo a strategie di risposta alternative coerenti con il patrimonio teorico e pratico di PD».

[80] A quanto pare la soluzione degli SPDC era stata "ideata" proprio dal presidente dell'AMOPI Novello, che però aveva proposto per essi un numero di posti letto pari a 30. All'interno dell'associazione non mancavano comunque posizioni assai più conservatrici: soprattutto tra i primari, ad esempio, c'era chi, per ragioni di prestigio professionale, avrebbe preferito il trasferimento negli ospedali generali delle divisioni psichiatriche da 125 posti letto istituite nel 1968 dalla legge Mariotti. Colloquio dell'autore con Eliodoro Novello in data 5 marzo 2007.

strutture extraospedaliere[81]. Fu poi aggiunto anche un ulteriore comma sui TSO, che faceva obbligo alle USL di operare per ridurre il ricorso a quelle misure, «sviluppando le iniziative di prevenzione e di educazione sanitaria ed i rapporti organici tra servizi e comunità».

Prima di concludere è bene tornare per un istante a Basaglia. Si è detto delle sue numerose perplessità in ordine alla riforma, manifestate ripetutamente ai giornali già a partire dagli ultimi mesi del 1977. Ancora nel maggio del '78, senza rinunciare ad un po' di sarcasmo, aveva dichiarato a "La Stampa" che la nuova legge «cerca[va] di omologare la psichiatria alla medicina, cioè il comportamento umano al corpo. È come se volessimo omologare i cani con le banane [...]. È sul territorio – aveva poi precisato – che prima di tutto bisogna intervenire. Con strutture non ghettizzanti, combattendo l'emarginazione a tutti i livelli, facendo opera di prevenzione, lottando contro le contraddizioni della società. Negli ospedali ci sarà sempre il pericolo dei reparti speciali, del perpetuarsi di una visione segregante ed emarginante»[82]. Pur non abbandonando mai l'atteggiamento critico e l'innata vena polemica che l'avevano sempre contraddistinto, più avanti Basaglia avrebbe dedicato alla legge parole ben più concilianti: «la [sua] stessa denominazione – avrebbe spiegato nel corso dell'International Congress of Law and Psychiatry – indica un mutamento del punto di vista. L'oggetto non è più, come nelle vecchie normative, la determinazione dei confini della malattia e l'identificazione delle sue categorie, ma è il trattamento della malattia ed è sulle forme e le ragioni di questo trattamento che interviene la legge [...]. Dal momento che il primo comma dell'articolo 1 pone il principio che accertamenti e trattamenti sanitari siano volontari, si deduce che l'ottica è rovesciata rispetto alle normative vigenti. La necessità del trattamento sanitario obbligatorio va dimostrata, ove le altre normative la pongono come insita e definitoria della malattia mentale, oppure, nel caso della legislazione inglese, la pongono come un'eventualità insita in una forma determinata di disturbo, il "disturbo psicopatico" caratterizzato comunque dalla condotta anomala, aggressiva o chiaramente irriflessiva [...]. Viceversa la legislazione italiana tende a spostare l'ottica dal comportamento al servizio. Assumendo il principio [...] che è il servizio, con le sue risorse, ad identificare la malattia in qualità e quantità, il trattamento sanitario obbligatorio nelle forme della degenza ospedaliera si giustifica solo di fronte all'urgenza, al rifiuto della persona e se "non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere". Il che significa che trattamento sanitario obbligatorio come necessità indica quantomeno un doppio ordine di problemi: da un lato la difficoltà del soggetto, ma dall'altro la risposta del servizio, che ricorre al ricovero in

[81] Cfr. Pirella, *Poteri e leggi psichiatriche in Italia (1968-1978)* cit.

[82] "La Stampa", *Che dice Basaglia*, 12 maggio 1978.

ospedale [...] in quanto non ha saputo o potuto organizzare altre misure tempestive ed idonee. Dal comportamento in quanto tale pericoloso si passa alla necessità del trattamento ospedaliero in quanto estrema *ratio* di un sistema di servizi che non ha organizzato sul territorio una risposta efficace al caso specifico»[83].

[83] F. Basaglia, *Legge e psichiatria*, in ID, *Scritti*, vol. II cit., p. 461-462.

Capitolo IV
Oltre l'istituzione (1978-1989)

I primi anni della riforma a Torino

«I matti? Qui non li vogliamo»

All'inizio la creazione dei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura incontrò, a Torino, non poche resistenze. In primo luogo da parte dei medici degli ospedali generali, che non sempre si mostrarono disponibili a tollerare la vicinanza dei «matti», segregati per secoli in istituzioni chiuse e specializzate, né a concedere spazi e attrezzature ai loro colleghi psichiatri: alle Molinette persino l'ANAAO[1], sindacato di ispirazione progressista, giunse a muovere una «garbata protesta», ufficialmente motivata dalla decisione dell'ente ospedaliero di riservare ai malati di mente, sia pure in via temporanea, i locali del futuro dipartimento di emergenza[2]. Ma una decisa opposizione agli SPDC provenne anche dall'interno del mondo psichiatrico. Nel corso di un'assemblea pubblica sui problemi aperti dalla nuova legge, tenutasi a Collegno il 2 giugno del 1978, il dottor Pascal, uno dei protagonisti, dieci anni prima, della contestazione antimanicomiale, aveva ad esempio affermato che i letti per i malati psichici avrebbero potuto «essere inseriti nelle divisioni di medicina, tra gli altri pazienti. Lo tengano bene a mente – aveva poi aggiunto – quei medici, miei colleghi, che vorrebbero ricreare [negli] ospedali generali divisioni e primariati di psichiatria»[3]. Sulla stessa lunghezza d'onda era parso Attilio Sabbadini, assessore provinciale all'assistenza: «il ricovero ospedaliero – aveva spiegato ai presenti

[1] Associazione nazionale aiuti e assistenti ospedalieri.

[2] "Gazzetta del Popolo", *I matti? Qui non li vogliamo*, 18 giugno 1978.

[3] "Gazzetta del Popolo", *Ci sono ospedali già pronti ad accogliere malati di mente*, 3 giugno 1978.

– sarà un momento eccezionale [...]. I nuovi servizi sono di carattere territoriale. Non trasferiremo l'assistenza dai vecchi ai nuovi enti ospedalieri. La "testa" del servizio è e resta fuori dall'ospedale, sotto il controllo delle équipes, negli ambulatori, nelle comunità alloggio»[4].

Ad alimentare quell'ostilità contribuiva probabilmente un duplice ordine di fattori: da un lato una fiducia quasi incondizionata nelle presunte virtù terapeutiche e profilattiche del territorio; dall'altro lato il timore che nei "repartini" potessero riprodursi logiche e dinamiche proprie del manicomio. Una preoccupazione non del tutto infondata, in particolare se si pensa alle forniture di mezzi di contenzione che ancora al principio degli anni Ottanta venivano richieste alla direzione amministrativa degli ospedali psichiatrici di Torino da alcuni SPDC della provincia: «di fronte ad una lettera di questo tipo – scriveva al riguardo di un episodio specifico il sovrintendente Pirella al presidente dell'Opera pia Prele – si vorrebbe rispondere che abbiamo varietà di modelli sui quali i richiedenti hanno ampie possibilità di scelta: modello tortura; modello Medio Evo e modello Inquisizione»[5]. Oppure se si considerano le condizioni ambientali di certi reparti psichiatrici. Quello aperto presso il Nuovo Martini, ad esempio, era stato descritto così da un cronista de "La Stampa": «dietro la porta corazzata, molto simile a quella del *caveau* di una banca, c'è la dimensione impalpabile della follia. È un viaggio allucinante in un ambiente isolato dai rumori e dalla luce esterna con vetri smerigliati e blindati, servizi igienici appena sufficienti (uno per otto persone), rispetto della privacy al limite della tollerabilità. [...]. La sezione è poco più ampia di un alloggio di media grandezza e i pazienti trascorrono la giornata passeggiando in uno stretto corridoio che serve anche da sala mensa [...]. Ad aggravare la sensazione di prigionia è la mancanza di un giardino, di un terrazzo, di un balcone [...]. Si respira aria di segregazione e inevitabilmente si pensa al manicomio di Collegno»[6].

Ma nella Torino di quei giorni c'era anche chi palesava perplessità e paure di segno diametralmente opposto. Il dottor Crosignani, lui pure figura di spicco, con Pascal, del movimento antimanicomiale, aveva dichiarato ai giornali che in mancanza di strutture adeguate alle necessità cittadine il malato avrebbe corso il rischio di trovarsi abbandonato a sé stesso se non, peggio ancora, alla completa mercé dell'assistenza

[4] *Ibidem*.

[5] APC, Missiva di Agostino Pirella al presidente dell'Opera pia Andrea Prele, 4 settembre 1980. Pare che in precedenza il medico responsabile di un SPDC di Torino avesse addirittura proceduto ad un prelievo non autorizzato di «fettucce e morsetti» dal magazzino del manicomio di Collegno. Cfr. APC, Missiva di Agostino Pirella all'assessore alla sicurezza sociale della Provincia di Torino Fernando Gattini, 16 settembre 1980.

[6] "La Stampa", *L'allucinante realtà del reparto speciale*, 26 settembre 1978.

privata[7]. La ALMM, per parte sua, si era spinta persino oltre: «che cosa c'è – si era domandata l'associazione nella premessa ad un dossier pubblicato a giugno – sul territorio in provincia di Torino? Uniche strutture operanti sono gli ambulatori di zona, un paio di comunità alloggio e dovrebbero essere preparati dei reparti psichiatrici di quindici posti letto negli ospedali civili. Gli ambulatori sono pochi, piccoli, con personale insufficiente e con orari ridotti: neppure otto ore al giorno per cinque giorni alla settimana; e se un malato ha una crisi fuori orario? Le comunità alloggio servono per accogliere solo persone guarite, che hanno semplicemente bisogno di una casa, di solidarietà, di rapporti umani. Quanto ai posti letto negli ospedali civili, per ora si è largamente al di sotto delle necessità del comprensorio torinese [...]. Abbandonati a sé stessi [...] dentro gli ospedali – proseguiva poi l'associazione – i malati di mente finiscono per trovarsi nelle stesse condizioni anche fuori. Lo stesso vuoto, lo stesso isolamento, la stessa disperazione [...]: con le strutture attuali venire dimessi significa fare un salto nel buio; i malati perdono anche quel poco di sicurezza che era il letto dell'ospedale, il vitto, i compagni di reparto. Capita di scoprire che il mondo di fuori è perfino più desolante e inospitale del vecchio mondo manicomiale. È il caso di Aimo, dimesso, lavorava da un elettrauto. Si chiedono informazioni al primario del reparto: "un elettrauto che è un vero terapeuta", risponde. Ma come sta Aimo? "Lui? Ah, si è impiccato»[8].

Gli SPDC furono poi aperti, in cinque diversi ospedali della città: alle Molinette, al Martini Nuovo, all'Astanteria Martini, al Mauriziano e al Maria Vittoria. Senza il "sostegno" di alcune grandi strutture private, come il Fatebenefratelli di San Maurizio Canavese o il Castello di Vernone – solo per citare le più note – quei reparti sarebbero però collassati sotto il peso delle migliaia di richieste di intervento che si registrarono nei mesi immediatamente successivi alla riforma: «da noi abbiamo ricoverato 273 persone. Ne abbiamo assistite in pronto soccorso 670. La durata media della degenza è stata di due o tre giorni. Una cosa folle. Così non si può più continuare. Non c'è neppure il tempo di stabilire contatti con le équipes delle zone di provenienza dei malati. Ci ripugna, ma a volte siamo costretti a inviare i pazienti nelle case di cura private. Altri, vecchi ricoverati del manicomio, chiedono di rientrare in O.P. La confusione è notevole. Ci sono casi che psichiatrici non sono [...]. Chiediamo che vengano aperti centri negli ospedali di Chieri e Moncalieri, per alleggerire il carico di lavoro»[9]. L'affresco consegnato alla "Gazzetta del Popolo" dal professor Gustavo Gamna, responsabile del Servizio psichiatrico di diagnosi e cura delle Molinette, poteva ben dirsi rappresentativo della situazione generale. Una situazione caratterizzata

[7] "La Stampa", *Chiusi i manicomi nessuna assistenza*, 11 giugno 1978.

[8] ALMM, *Alternative astratte e manicomio reale* cit., p. 10.

[9] "Gazzetta del Popolo", *Matti senza sbarre, senza cure,* 12 ottobre 1978.

da enormi difficoltà organizzative – doppi incarichi, mancanza di personale, eccessiva turnazione degli infermieri, conflitti di competenza – e soprattutto dall'insorgere di un fenomeno che solo allora cominciava a manifestarsi anche in campo psichiatrico, quello dei *revolving door patient's*: malati in balia della rete assistenziale, che non potendo più rivolgersi al manicomio diventavano, per così dire, "clienti abituali" dei neonati repartini, all'interno dei quali subivano ricoveri ripetuti e quasi sempre di brevissima durata.

Malgrado le aspettative e le reboanti dichiarazioni di certi amministratori pubblici, gli SPDC si dimostrarono dunque, fin da subito, il nuovo centro nevralgico della psichiatria torinese[10]. Al loro fianco agivano i servizi psichiatrici di zona, nati all'inizio degli anni Settanta e presenti, a quel punto, su tutta l'area urbana: il compito di gestirli era affidato, come si è detto nel terzo capitolo, ad équipes multidisciplinari composte da medici, infermieri e assistenti sociali, che dopo l'entrata in vigore della "180" furono però chiamate ad occuparsi anche dei reparti ospedalieri e, in qualche caso, delle "comunità ospiti" costituitesi nel frattempo nei manicomi di Collegno e Grugliasco. Proprio l'esorbitante mole di lavoro, unita alla carenza ormai endemica di risorse umane ed economiche disponibili, fu all'origine della crisi che colpì gran parte di quei servizi a partire dalla seconda metà del 1978. Non mancarono nemmeno episodi clamorosi e illustri defezioni, come quella del professor Balduzzi, che dopo aver dato vita, nel '74, ad un gruppo di operatori di zona fortemente motivati alla demanicomializzazione, decise di lasciare Torino e di far ritorno a Varese, città nella quale aveva guidato, negli anni Sessanta, una delle prime esperienze settoriali italiane. L'assenza del suo leader storico e l'improvviso moltiplicarsi degli impegni – il Comune aveva avviato al servizio anche 300 tossicodipendenti – avrebbero poi portato al definitivo scioglimento dell'équipe originaria[11].

Un rapido sguardo ai manicomi

Ospedale di Collegno, lungodegenza maschile (sezione 1): «l'aspetto del reparto è deprimente: muri scrostati, pavimenti sporchi, ambienti poco illuminati, cattivo odore dappertutto. La sala da pranzo è l'unico locale decente ma viene tenuta chiusa a chiave per impedire che i malati possano mettere qualcosa fuori posto o sporcare i pavimenti. I servizi igienici sono in cattive condizioni e maleodoranti in maniera insopportabile. L'atmosfera è di generale abbandono. I malati [...] sono molto trascurati, sporchi e mal vestiti: si aggirano inquieti da una ca-

[10] Cfr. C. Calvaruso, R. Frisanco, S. Izzo (a cura di), *Indagine Censis – Ciseff sulla attuazione della riforma psichiatrica e sul destino dei dimessi dagli O.P.*, Edizioni Paoline, Roma 1982.

[11] Ivi, p. 84.

mera all'altra o giacciono abbandonati sulle vecchie poltrone di vimini. Non c'è segno di alcuna organizzazione tendente a farli uscire dalla loro apatia»[12]. Ospedale di Collegno, lungodegenza maschile (sezione 11): «il reparto [...] costituisce attualmente una vergogna nella situazione già di per sé desolante dell'istituzione. Infatti sedimentano qui gli incontinenti, i gravissimi, i rifiutati dai reparti di competenza zonale perché malati scomodi, i degenti-problema (particolarmente sudici e istituzionalizzati senza speranza) [...]; non vengono usati i coltelli e solo di recente è stata introdotta qualche forchetta; non si adoperano abiti normali ma le vecchie uniformi manicomiali di tela blu [...]. Il medico, autoritario e accentratore, tende [...] ad una conduzione prettamente [...] disciplinare [...] e ad escludere, o quanto meno a scoraggiare, qualsiasi contatto con il mondo esterno»[13]. Ospedale di Collegno, lungodegenza femminile (sezione 14): «molte ricoverate sono in manicomio da anni e giacciono, ormai distrutte, tutto il giorno sui divani (spesso sono sdraiate per terra) oppure girano come fantasmi ed è praticamente impossibile comunicare con loro. Altre più reattive e forse non ancora del tutto deteriorate sfogano la loro aggressività alimentando baruffe continue. Diverse volte abbiamo assistito a episodi di violenza tra le [pazienti] e siamo dovuti intervenire per evitare che si ferissero nella totale indifferenza del personale»[14]. Si è scelto, tra i vari reparti descritti dalla Commissione di tutela della ALMM, di presentare qui pochi rapidi cenni sui tre che ci sono apparsi versare nelle peggiori condizioni. Non che gli altri, ben inteso, si distinguessero per la raffinatezza degli arredi: ce n'erano tutt'al più alcuni, specialmente quelli femminili, tenuti con un minimo di decoro, nei quali i servizi igienici risultavano perlomeno praticabili, le pareti erano pulite, magari ornate con quadri e tende alle finestre, e l'«aria respirabile». Quanto poi alla gestione da parte del medico, alla partecipazione degli infermieri, alle eventuali attività riabilitative e risocializzanti, esisteva nel complesso una spiccata eterogeneità ma con una netta prevalenza di sezioni amministrate con criteri tradizionali: in certi casi si trattava di vere e proprie enclave del vecchio manicomio, contraddistinte dal ricorso abituale alle contenzioni fisiche – si noti peraltro che quelle pratiche, non essendo stato abrogato l'articolo 60 del regolamento manicomiale del 1909, risultavano ancora legittime sul piano giuridico – da indirizzi curativi di carattere strettamente farmacologico, dalla presenza di personale paramedico privo di reali motivazioni al cambiamento e legato a schemi assistenziali di matrice custodialistica[15].

[12] ALMM (a cura di), *Alternative astratte e manicomio reale* cit., p. 21.

[13] Ivi, p. 31.

[14] Ivi, p. 34.

[15] Cfr. AFVN, *Fondo 1 (Aldo Romagnolli)*, Faldone 318, BXVI, F 318/C, A. Pirella, «Bozza per un progetto di superamento degli ospedali psichiatrici di Torino», s.d.

Vediamo ora qualche dato relativo alla popolazione dei manicomi. Innanzitutto va detto che dopo l'approvazione della nuova normativa le presenze totali, già in costante decrescita da oltre un decennio, fecero registrare un ulteriore decremento, passando dalle 2.175 del gennaio 1978 alle 1.475 del gennaio 1980. Si tenga però presente che una quota non irrilevante dei malati dimessi in quel lasso di tempo rimase poi a vivere all'interno degli ospedali psichiatrici, entrando a far parte di una delle molte comunità ospiti lì istituite a partire dal maggio del 1977. Una diminuzione ben più consistente subirono invece le ammissioni, che nel 1979 furono "appena" 499, a fronte di una media di circa 2.300 all'anno nel periodo compreso tra il 1970 e il 1978. A tale proposito può essere utile un confronto con gli SPDC, che sempre nel 1979 ricoverarono – si veda per questo la tabella n. 6 – 1.947 persone, a conferma di quanto si diceva poc'anzi e cioè del fatto che a Torino il ricorso alla degenza ospedaliera, lungi dal costituire una soluzione straordinaria, come previsto dalla legge, si rivelò immediatamente una prassi piuttosto diffusa e abituale.

Altri rilievi statistici degni di nota concernono infine le caratteristiche anagrafiche e sanitarie della popolazione ancora presente nei manicomi al principio del 1980. Al riguardo va segnalata in primo luogo l'elevata età media dei malati: ben 331 di essi (pari al 28 per cento del totale) avevano infatti più di 64 anni anche se la fascia d'età più rappresentata era, con il 36 per cento, quella compresa tra i 50 e i 64 anni[16]. I ricoverati che non ricevevano mai (o raramente) visite dai familiari erano poi il 63 per cento, il 42 quelli affetti da menomazioni organiche o handicappati, l'81 quelli senza alcun rapporto stabile con i medici delle USSL. L'impressione suscitata dai dati appena proposti, in sostanza, è che ad affollare i reparti ospedalieri fossero rimasti, dopo dieci anni di progressivo svuotamento del complesso manicomiale, proprio i soggetti più difficili da dimettere, o perché in condizioni psicofisiche particolarmente gravi o per la mancanza di una famiglia capace di prendersi cura di loro (o più spesso ancora per entrambe le cose contemporaneamente).

[16] Archivio CIPES Piemonte, Faldone 566, s.a., «Relazione per un progetto di destrutturazione degli ospedali psichiatrici di Torino in vista del loro superamento», 1981. Si noti tuttavia che nel computo non sono considerati i circa 200 anziani ricoverati presso le "Ville" e trasformati in ospiti a partire dal giugno del 1980.

Dipartimento	Posti letto	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio
Astanteria M.	15	39	35	39	28	37	34	36
Martini N.	8	18	16	19	11	19	18	21
Maria Vittoria	13	27	29	29	24	32	21	36
Mauriziano	12	–	–	–	–	–	–	–
Molinette	15	110	83	99	66	76	73	96
Totale	63	194	163	186	129	164	146	189

Dipartimento	Posti letto	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Totale
Astanteria M.	15	23	25	33	33	34	396
Martini N.	8	17	15	15	21	23	213
Maria Vittoria	13	26	27	34	39	24	348
Mauriziano	12	–	35	34	37	24	130
Molinette	15	74	66	40	42	35	860
Totale	63	140	168	156	172	140	1.947

Tabella 6, ricoveri negli SPDC, Comune di Torino (1979)

Comunità ospiti e "Torino Progetto"

L'entrata in vigore della legge 180 ebbe l'effetto, all'interno degli ospedali psichiatrici torinesi, di ridare slancio ad un processo di rinnovamento ormai fermo da almeno un quinquennio: la fase che andava allora aprendosi era però destinata a rivelarsi piuttosto diversa da quella che l'aveva preceduta, non soltanto perché era l'istituzione manicomiale ad essere nel frattempo decisamente mutata ma anche per la particolare strategia di "superamento" adottata dagli organismi politici ed amministrativi competenti. Uno degli strumenti principali di quella strategia furono le cosiddette comunità ospiti: si trattava di comunità interne, ubicate cioè nei vecchi reparti del manicomio, che nelle intenzioni volevano rappresentare una sorta di ponte tra l'ospedale ed il mondo esterno, un luogo di risocializzazione posto «a cavallo tra il dentro e il fuori», in cui i degenti avrebbero potuto preparare gradualmente, con il supporto di operatori specializzati, il proprio reinserimento sociale. Risultando formalmente dimessi, gli ospiti di quelle strutture venivano a dipendere, per ogni esigenza di carattere sanitario, dai servizi psichiatrici territoriali ed erano inoltre tenuti a pagare all'Opera pia una retta per le spese d'illuminazione, riscaldamento, vitto, lavanderia e affitto dei locali. Chi non disponeva delle risorse economiche sufficienti riceveva dalla Provincia un sussidio mensile pari a circa 200-220 mila lire. Tutti erano comunque invitati ad amministrare direttamente il proprio denaro e le comunità che ne avessero fatto richiesta avrebbero potuto provvedere in modo autonomo tanto al lavaggio della biancheria quanto alla preparazione dei pasti o alla pulizia del reparto. In genere la vita comunitaria era meno regolamentata rispetto a quella in sezione: «ufficialmente non abbiamo più il dottore – spiegava al riguardo il cinquantaquattrenne Aldo, entrato in O.P. nel 1951 e poi divenuto membro, a partire dall'aprile del 1978, della Comunità lavoratori dell'ex reparto 17 di Collegno – ma il medico della mutua. Ci lasciano più libertà qui, una libertà accettabile, qui è diverso perché gli infermieri ci sono quando noi non ci siamo e quindi dopo il lavoro siamo completamente liberi»[17]. Anche per Walter, trentenne di origine veneta, la maggiore indipendenza poteva dirsi l'elemento distintivo – e positivo – della nuova situazione: «stiamo un po' meglio; anche da mangiare, non c'è troppa confusione, le cose le facciamo noi; lui mette a posto i piatti, io preparo la tavola. Adesso qui siamo liberi: possiamo andare dove vogliamo [...]. Non è come nel reparto che non si poteva mai uscire. Una volta ogni tanto mi lasciavano: facevo pulizia, mi facevano lavare i piatti e poi se chiedevo mi lasciavano uscire»[18]. Per alcuni, tuttavia, la libertà acquisita dopo anni di restrizioni e di con-

[17] ALMM, *Studio sulla prima applicazione della legge n. 180 in relazione all'attuazione del Servizio sanitario nazionale*, Tipolitografia G. & M. Bigliardi, Torino 1980, p. 37.
[18] Ivi, pp. 48-49.

trollo era fonte di ansie, scatenava paure ed angosce represse, alimentava il timore dell'abbandono e della solitudine: «per me – raccontava ad esempio Giuseppina, della Comunità villa azzurra di Grugliasco – è sempre uguale. Adesso sì, siamo aperti, ma andiamo fin lì e poi torniamo indietro. Pensando a prima, certe volte quasi preferivo prima. Avevamo meno paura»[19]. C'era poi anche chi rimpiangeva decisamente il vecchio reparto, di solito proprio per l'ordine e la più ferrea disciplina che ne caratterizzavano l'organizzazione, e chi si mostrava invece un po' confuso, incapace di stabilire se vi fossero o meno differenze significative tra il prima e il dopo: «qui è più diverso, voglio dire che là... Anche di là erano più liberi, eravamo. Anche io, per vent'anni, uscivo, venivo, anche a giocare a carte... e qua siamo più liberi che di là, siccome siamo pochissimi, noi siamo cittadini ormai. Adesso mi trovo meglio come ho detto [...]. Anche prima lavoravo, lì aiutavo a fare la pulizia come gli altri e prendevo 100 lire al giorno, lì ecco, e aiutavo al cosa, voglio dire, l'elettricista che era lì, e poi sono venuto qui. Qui mi trovo più meglio che laggiù... laggiù ero libero, anche qui son libero, ci ho le chiavi, anche laggiù mi davano le chiavi, come infermieri erano bravi, anche qui son bravi»[20].

Nell'ottobre del 1979 le comunità ospiti erano in tutto 15, distribuite nei tre ospedali psichiatrici ancora funzionanti, Collegno, Grugliasco e Ville Regina Margherita. Come emerge dai quadri sinottici riportati a pagina 206, 13 di esse erano state costituite sulla base di una selezione compiuta dagli operatori responsabili (le altre 2, invece, erano nate dalla graduale trasformazione in senso comunitario di altrettante sezioni ospedaliere); 9 potevano disporre di spazi ambientali residenziali, frutto di una ristrutturazione più o meno radicale dei reparti e tali da permettere una convivenza di tipo familiare; tutte ricevevano dal manicomio i pasti e la biancheria, possedevano una radio o un televisore e si valevano del lavoro interno dei propri ospiti; la presenza di psicologi e assistenti sociali era nel complesso abbastanza esigua (rilevabile rispettivamente in 2 e 3 casi su 15), così come poche (5) erano le comunità in cui si praticavano regolarmente attività risocializzanti, quali gite, viaggi e atelier di varia natura: peraltro gli ultimi tre dati proposti sembrerebbero dimostrare il persistere, anche in quelle strutture, di approcci medicalizzanti e di stili di lavoro più ospedalieri che non comunitari.

Alla fine di aprile del 1981 gli "ospiti" transitati in comunità erano ormai quasi 400. Soltanto 70 di essi, tuttavia, avevano potuto trovare nel frattempo una più idonea collocazione sul territorio: i rientri in famiglia erano stati 23, 17 gli inserimenti in comunità alloggio, 21 persone erano state affidate ad istituti o a pensionati, 3 risultavano prive di recapito e 6 avevano acquisito casa in proprio o con altri ex ricoverati[21].

[19] Ivi, p. 54.

[20] Ivi, pp. 62-63.

[21] Archivio CIPES Piemonte, Faldone 35, Ufficio coordinamento comunità ospiti (a

Si consideri inoltre che ben l'88,5 per cento di quelle dimissioni era avvenuto entro l'autunno del 1979; come a dire che con il passare dei mesi la formula comunitaria si era via via irrigidita, cominciando a mostrare segnali sempre più chiari di cedimento.

Proprio per ridare impulso ad un processo che dopo le prime positive sperimentazioni sembrava essersi bruscamente interrotto, veniva approntato, all'inizio del 1982, un ambizioso programma di reinserimento sociale rivolto agli ospiti delle comunità e ai degenti che ancora popolavano i reparti del manicomio. I soggetti istituzionali coinvolti erano la Regione Piemonte, i Comuni di Torino, Grugliasco e Collegno e le USL 1/23 (Torino) e 24 (Collegno). Gli assi portanti del progetto, che si valeva anche di finanziamenti europei, erano principalmente tre: appoggio terapeutico, casa e lavoro. Quanto al primo di essi, si trattava di mettere in pratica soluzioni capaci di far fronte ai problemi – solitudine, insicurezza ecc. – che si supponeva gli ex ricoverati avrebbero dovuto affrontare una volta usciti dalla realtà comunitaria. Era così prevista la costituzione di appositi Centri di appoggio, luoghi di cura e di incontro in cui chiunque ne avesse avuto bisogno avrebbe potuto trovare molteplici opportunità di svago e di riapprendimento sociale, nonché assistenza medica qualificata e continuativa[22]. Relativamente al secondo punto, obiettivo dichiarato del programma era la creazione di almeno 300 posti-alloggio nel triennio 1982-1984. Le strutture abitative necessarie sarebbero state reperite facendo ricorso al patrimonio pubblico e mediante l'acquisizione di alloggi liberi da vincolarsi poi a finalità socio-sanitarie. Per quel che riguarda infine l'ultima questione, si proponeva di privilegiare soprattutto iniziative di carattere cooperativo, le sole ritenute in grado di garantire alle persone coinvolte una «retribuzione sufficiente», permettendo nello stesso tempo che gli aspetti riabilitativi e risocializzanti del lavoro rimanessero saldamente al centro di ogni eventuale attività svolta. Nel concreto, gli assessorati competenti del Comune di Torino e della Regione Piemonte si impegnavano a procurare appalti di pulizia e manutenzione presso enti pubblici e a stimolare la nascita di «unità produttive» a «basso contenuto di capitale fisso», composte da ex degenti, autonome sul piano economico e operanti in settori quali la legatoria, l'orticoltura e l'assemblaggio di piccoli componenti meccanici[23].

Nel corso degli anni Ottanta le cooperative conobbero poi, grazie

cura di), «Le comunità ospiti come strumento del superamento dell'O.P., verso la costituzione di un'area sociosanitaria».

[22] APC, Gruppo di lavoro interassessorile Comune di Torino, USL 1/23, USL 24, «Programma di attuazione del "progetto speciale" Regione Piemonte – CEE per l'area torinese», s.d.

[23] Cfr. S. Guiglia, M. Nannini, *Progetto speciale Regione Piemonte – CEE per l'inserimento sociale e lavorativo di persone dimesse da ospedali psichiatrici. Programma di attuazione per l'area torinese: un esempio di collaborazione tra Regione, UUSSLL e Comune*, in "Psichiatria/Informazione", n. 4, marzo 1982, pp. 18-24.

soprattutto ai finanziamenti legati al Torino Progetto, una diffusione crescente, divenendo un importante punto di riferimento non solo nell'organizzazione del lavoro dei ricoverati ma anche in quanto promotrici delle più diverse iniziative in campo ricreativo e culturale. Al riguardo basterà ricordare i laboratori di pittura tenuti da Mario Merz e Gilberto Zorio, le rappresentazioni teatrali allestite dalla Compagnia del Bagatto, poi Stalker Teatro, o ancora gli appuntamenti letterari con Natalia Ginzburg e con la poetessa Alda Merini. Certo però che assai spesso l'incontro tra lo sperimentalismo tipico della cooperazione sociale di quegli anni e le culture mediche tradizionali, ancora ben radicate nei manicomi, era fonte di contrasti e di incomprensioni reciproche, come ben evidenziato dalla seguente testimonianza di Sergio Sut, della cooperativa Il Margine: «gli operatori – ha raccontato in un'intervista del 2001 – realizzavano [...] laboratori di fotografia e video, ceramica, pittura, falegnameria, [secondo] modalità che stridevano nettamente con il trattamento "clinico" a cui continuavano ad essere inesorabilmente sottoposti i degenti. Per esempio, c'era uno psichiatra che visitava quasi quotidianamente in un reparto femminile: alle dieci del mattino voleva le ammalate al letto e insieme alla suora e all'infermiera, tutti e tre con il camice bianco, lui con lo stetoscopio al collo, visitava le persone ricoverate da dieci, vent'anni. Immaginatevi quelle poverette. Tutte le mattine. Da venti anni: "Oh, no! Di nuovo la visita...!"»[24].

L'apporto di nuove figure professionali e il diffondersi di approcci nell'insieme assai più attenti, rispetto a quelli prima dominanti, alla dimensione *lato sensu* sociale del disagio psichico non furono però elementi sufficienti a far sì che s'invertisse la tendenza delle comunità ospiti a ripiegare lentamente su sé stesse: «la realtà – osservava in merito la Commissione di tutela della ALMM – [...] è dominata, tranne alcune eccezioni, da un senso di ristagno, di staticità; quelli che dovevano essere strumenti tesi verso la loro estinzione vanno invece trasformandosi in punti di arrivo, rafforzando al loro interno meccanismi perversi, che certo poco hanno di terapeutico»[25]. Eppure qualche piccolo risultato era stato ottenuto: grazie al "programma casa" del Torino Progetto, ad esempio, nelle primavera del 1984 il numero degli ex-ospiti inseriti in comunità alloggio era salito da 17 (cifra rilevata nel 1981) a 62, mentre erano 37 – a fronte delle 6 del 1981 – le persone trasferitesi in abitazioni di proprietà o messe a disposizione dal Consorzio intercomunale torinese[26].

[24] E. Ortoleva (a cura di), *Dal Centro al Margine*, Edizione Consorzio Arca, Torino 2003, p. 57.

[25] Commissione di tutela, *Comunicazione sull'ex O.P. di Collegno,* in "Psichiatria/Informazione", n. 13, 2°, 1985, p. 55.

[26] Si veda al riguardo l'indagine conoscitiva sulla situazione delle comunità ospiti dell'USL 24 della Regione Piemonte pubblicata in "Psichiatria/Informazione", n. 14, 3° 1985.

Quadro sinottico comunità ospiti

	Modalità di costituzione.	Spazi ambientali. Residenziali	Pasti (dall'O.P.)	Biancheria (dall'O.P.)	Lavanderia (ind. personali)	Stampa (abbonamento)	Tv e/o radio	Lavoro interno
Collegno								
Comunità A (ex 15)			•	•	•		•	•
Nirvana			•	•	•		•	•
Comunità A (ex 17)	•		•	•	•	•	•	•
Comunità B (ex 17)	•		•	•	•		•	•
La Perla	•	•	•	•	•		•	•
Le Rondini	•	•	•	•	•		•	•
Casa Nostra	•	•	•	•	•		•	•
Comunità Agricola	•		•	•	•		•	•
Ville R. M.								
Comunità A	•	•	•	•	•		•	•
Comunità B	•	•	•	•	•		•	•
Grugliasco								
Villa Azzurra	•		•	•	•	•	•	•
Le Ortensie	•	•	•	•	•		•	•
Belvedere	•	•	•	•	•		•	•
Ex alloggio suore	•	•	•	•	•		•	•
Ospedale Nuovo	•	•	•	•	•		•	•
Totali	13	9	15	15	15	2	15	15

Quadro sinottico comunità ospiti

	Lavoro esterno	Presenza infermieri	Presenza medico	Presenza psicologo	Presenza assistente sociale	Attività risocializzanti	Contatti con èquipe. Formali	Contatti con èquipe. Effettivi
Collegno								
Comunità A (ex 15)		•	•				•	•
Nirvana		•	•				•	•
Comunità A (ex 17)	•	•					•	
Comunità B (ex 17)	•	•					•	•
La Perla		•	•		•	•	•	
Le Rondini		•	•		•	•	•	•
Casa Nostra		•	•				•	
Comunità Agricola		•	•				•	
Ville R. M.								
Comunità A		•	•				•	
Comunità B		•					•	•
Grugliasco								
Villa Azzurra		•	•			•	•	•
Le Ortensie		•	•		•		•	
Belvedere		•	•	•		•	•	
Ex alloggio suore		•	•			•	•	•
Ospedale Nuovo	•	•		•			•	•
Totali	3	15	11	2	3	5	15	8

Pubblico vs privato: ovvero, il destino dei dimessi

E gli altri ex ricoverati? Abbastanza frequentemente li ritroviamo, assieme alla nuova utenza psichiatrica, quella priva di trascorsi manicomiali, sulle pagine di cronaca dei giornali cittadini, protagonisti di «gesti esibizionistici dinnanzi alle scuole», di qualche «intemperanza non sempre puramente verbale», di «un po' di accattonaggio»[27] – come lamentava, già nel marzo del 1980, il sindaco comunista di Grugliasco, Luciano Manzi – e più spesso ancora al centro di avvenimenti drammatici, capaci di scuotere l'opinione pubblica e di riproporre, rendendolo via via più acceso e conflittuale, il dibattito sull'attuazione della riforma psichiatrica a Torino. Un episodio valga per tutti. Nel luglio del 1981 veniva rinvenuto, in una «baracca» situata nel parco dell'ospedale di Collegno, il cadavere di un uomo, «orribilmente bruciato e divorato dai topi»: «il poveretto – suggeriva la "Gazzetta del Popolo" – si era probabilmente rifugiato in quel luogo isolato e lì era stato colto da malore»[28]. Per i sindacati infermieristici si trattava soltanto della punta di un iceberg, dell'ultimo anello di una lunga catena di incidenti che a partire dal maggio del '78 avevano coinvolto ben sedici ospiti ed ex degenti del manicomio: «non volevano morire – era stato il commento di un esponente del sindacato autonomo Cisal – li abbiamo lasciati morire noi per mancanza di strutture e questo elenco non è completo. Ce ne sono almeno altri trentacinque»[29].

Una parte per nulla trascurabile di pazienti – il 43% dei circa 1.500 dimessi tra il giugno del 1978 e il dicembre del 1982[30] – fu invece trasferita, dopo aver abbandonato l'ospedale, in case di riposo per anziani e in istituti privati o a gestione religiosa, che nel loro insieme rappresentavano un universo senza dubbio assai sfaccettato, ove coesistevano realtà anche profondamente diverse le une dalle altre, soprattutto in ordine al tipo e alla qualità dell'assistenza erogata. Realtà lasciate però proliferare senza alcun effettivo controllo e che in più di una circostanza si trovarono implicate in torbide vicende giudiziarie; gli illeciti di volta in volta contestati erano più o meno sempre gli stessi: maltrattamenti e violenze a danno delle persone ricoverate o somministrazione "allegra" di farmaci ad opera di personale non qualificato[31]. C'erano poi le pensioni cittadine, perlopiù a gestione familiare, alle quali venne affidato

[27] "l'Unità", *Collegno: il manicomio aperto provoca reazioni fra la gente*, 23 marzo 1980.

[28] "Gazzetta del Popolo", *L'uomo bruciato, inchiesta a Collegno*, 16 luglio 1981.

[29] *Ibidem*.

[30] Cfr. Archivio CIPES Piemonte, Faldone 429, T. Becker, «Italienische Psychiatrie Reform in der Region Piemont: Das Gesetz n. 180 und seine Folgen», luglio 1983.

[31] Cfr. ad esempio "La Stampa", *Anziani maltrattati a Villa Serena? Arrestati titolare e un'inserviente*, 22 febbraio 1985; "La Stampa", *Erano ceffoni e tranquillanti le sole cure a Verrua Savoia*, 15 febbraio 1985.

il 5 per cento dei dimessi tra il 1978 e il 1982[32]: in genere si trattava di luoghi inospitali, situati in edifici fatiscenti e privi dei più elementari requisiti igienici, del tutto inadatti ad ospitare malati spesso ancora bisognosi di cure mediche ed infermieristiche[33]. Anche in questo caso va rilevata una mancanza pressoché assoluta di controlli da parte delle USL competenti, almeno per tutta la prima metà degli anni Ottanta[34]. Così, una delle pochissime testimonianze esistenti sul trattamento riservato ai malati di mente in quelle strutture resta la seguente: «la pensione occupa tre piani di un vecchio palazzo di via IV Marzo, in pieno centro storico, a pochi passi dal Municipio [...]. Le camere sono 57, disposte su due piani, gli ospiti un' ottantina: molti dormono in stanze a due o tre letti. Al terzo piano la cucina, l'alloggio dei proprietari e le due sale da pranzo e soggiorno. La titolare [...] gestisce la pensione con piglio autoritario: l'aiutano il figlio e una cameriera di 72 anni, minuta ma energica. È qui che vivono 32 ex internati [...]. In questa "piccola reggia" [...] gli ospiti "normali" pagano 10 mila lire al giorno; per gli altri la quota mensile varia dalle 230 alle 250 mila lire. Il conto è però soggetto ad alcuni extra: per la doccia, nell'unico bagno, occorrono 700 lire e una prenotazione che consenta di riscaldare l'acqua; uscire la sera costa altre 500 lire, che si versano per avere la chiave del portone [...]. La camera che mi ha assegnato la padrona [...] è simile a tutte le altre, squallida e sommaria: un armadio tenuto in piano da un turacciolo, il comodino con una minuscola lampada, un tavolo di vimini (sporco) e un letto traballante. Sento freddo di giorno e di notte (ma capirò, poi, di essere uno dei più fortunati). Il risparmio sulla pelle dei "matti" comprende altre restrizioni: proibito tenere le luci accese dopo le 22 e 30 e la cameriera, a tavola, fa un mucchio di storie alla richiesta di una seconda pagnotta: la dotazione è di una sola. Tutti, ancor prima che giunga la sempre uguale *pasta corta o lunga, al sugo o in bianco*, l'hanno già divorata. In questo clima, scontroso e triste, non è facile avvicinare gente che ha fatto l'abitudine ad essere rifiutata. C'è diffidenza per il "nuovo" ma, soprattutto, un diffuso senso di insicurezza e paura. Da mesi una madre vive segregata in camera con il figlio. Raramente salgono a pranzo, il più delle volte è lei ad andare a prendere qualche panino per portarglielo. Altri [...] affogano la solitudine nell'alcool, che già li ha portati in manicomio. Da sbronzi sembrano accettabili anche le miserie di qua dentro. Sono andato in giro con i naufraghi della pensione: ma nessuno, tra le

[32] Cfr. T. Becker, *Italienische Psychiatrie Reform in der Region Piemont: Das Gesetz n. 180 und seine Folgen* cit.

[33] Colloquio dell'autore con il dottor Crosignani in data 20 ottobre 2008.

[34] Cfr. *Relazione finale della Commissione speciale di indagine conoscitiva sullo stato di attuazione della riforma psichiatrica in Piemonte*, pubblicata in Consiglio regionale del Piemonte, *Dibattito sullo stato di attuazione della riforma psichiatrica in Piemonte*, Torino 1985.

vie della città, ha mai avuto un gesto di amicizia. Quasi sempre intorno a noi si faceva il vuoto, sul tram come nelle bettole di periferia. E nessuna porta si è aperta»[35].

Quanto al settore pubblico, si può ben sostenere che a distanza di sette anni dalla riforma il quadro generale era sconfortante. Le sole strutture residenziali attive nella provincia di Torino erano infatti 23 comunità alloggio, per un totale di 102 posti letto, di cui 54 in città, 4 centri-crisi e un centro diurno[36]. Che fosse davvero troppo poco era peraltro opinione condivisa anche in Consiglio regionale, dove assieme ai primi malumori cominciò a manifestarsi, attorno alla metà del decennio, una palpabile volontà di cambiamento: «in effetti – affermava ad esempio il socialista Cernetti nel corso di un dibattito fiume sullo stato d'attuazione della riforma psichiatrica in Piemonte – a me pare che qui una correzione di tiro sia necessaria [...]; non possiamo assolutamente, la pratica ce lo dimostra, andare da un estremo all'altro [...]. I servizi [...] sul territorio sono gravemente insufficienti: gli orari stessi degli ambulatori ci dicono chiaro che l'aiuto dato agli ammalati e alle loro famiglie è estremamente limitato [...]. Ecco perché do ragione al collega Gastaldi (DC), quando dice che nella nostra regione, dove pure qualcosa si è fatto, è giusto parlare, più che di attuazione, di sperimentazione della legge 180»[37].

Bisognerebbe infine interrogarsi sul destino degli altri ex degenti, quelli che la ricerca cui abbiamo fatto finora riferimento indicava genericamente come dimessi in «altra collocazione» e che rappresentavano nel loro insieme il 12 per cento del totale[38]: alcuni di essi – non molti per la verità – erano rientrati in famiglia, avevano acquisito casa in proprio o erano stati inseriti in comunità alloggio. Ma ce n'era anche una parte, difficile da quantificare con assoluta precisione, che vagava «per la città senza un [posto] ove dormire»[39], che affollava le sale d'aspetto delle stazioni ferroviarie e che finiva poi per rivolgersi alle parrocchie o agli istituti religiosi cittadini in cerca di danaro, di cibo o più semplicemente di un po' di conforto. Di loro si sarebbe forse perduta ogni traccia se a Torino non fosse esistito un luogo come il Centro servizi Vincenziani, situato in via Nizza, a pochi passi dalla stazione di Porta Nuova,

[35] "La Stampa", *Nella pensione dei naufraghi*, 6 febbraio 1980.

[36] Si veda al riguardo la *Relazione finale della Commissione speciale di indagine conoscitiva sullo stato di attuazione della riforma psichiatrica in Piemonte* cit.

[37] Consiglio regionale del Piemonte, *Dibattito sullo stato di attuazione della riforma psichiatrica in Piemonte* cit., pp. 31-32.

[38] Complessivamente i dati sui dimessi tra il 1978 e il 1982 sono dunque i seguenti: 43 per cento in case di riposo, 5 per cento in pensioni, 12 per centro in altra collocazione e 40 per cento ancora presenti in manicomio ma con lo status di "ospiti".

[39] Intervista a Don Piero Giacobbo, direttore della Caritas Diocesana di Torino, pubblicata in C. Calvaruso, R. Frisanco, S. Izzo (a cura di), *Indagine Censis – Ciseff sulla attuazione della riforma psichiatrica e sul destino dei dimessi dagli O.P.* cit., p. 537.

sul confine occidentale del quartiere San Salvario. Oggi vi si incontrano più che altro immigrati extracomunitari che chiedono lavoro, generi di prima necessità o assistenza medica per sé e per i propri figli, anche se ultimamente va facendosi sempre più insistita la presenza di famiglie italiane colpite dalla crisi economica, dei cosiddetti nuovi poveri, di disoccupati, pensionati e sfrattati. All'inizio degli anni Ottanta, invece, quel luogo era frequentato da tossicodipendenti eroinomani, da barboni e malati di mente vecchi e nuovi, alcuni con decenni di manicomio alle spalle. Non meno importante era poi l'attività svolta dal gruppo di volontariato Bartolomeo & C., che dalla sua sede ubicata nella stazione di Porta Nuova, un osservatorio indubbiamente privilegiato sul mondo della marginalità torinese, offriva sostegno psicologico e materiale a persone in difficoltà – gli "amici", come le chiamava affettuosamente Lia Varesio, fondatrice del gruppo – tra cui etilisti, malati di AIDS, clochard, ex-carcerati, prostitute, tossicomani e disturbati psichici.

Le famiglie dei malati di fronte alla riforma

Un fratello: «non ne posso più, se ritorna me ne vado di casa. Quando lo vedo non sono più sicuro di me stesso, vivo nell'angoscia, ho paura che la sua follia esploda da un momento all'altro [...]. Lei deve capirmi, è un inferno con lui. Una notte mi sono svegliato e l'ho trovato con il coltello in mano che minacciava mia madre, un'altra volta sono arrivati i carabinieri per dirmi che l'avevano preso mentre girava nudo sul corso (era pieno inverno), un'altra volta ancora l'ho visto arrivare con alcuni sacchi di immondizia raccolti in mezzo alla strada. Questa del pattume poi è stata la goccia che mi ha messo in crisi. Ha riempito tutta la casa, compresi pianerottolo e scale, dicendo che l'avrebbe rivenduto e che avrebbe fatto molti soldi [...]. L'ho portato dagli specialisti e ho speso un capitale. Mi sono rivolto anche a quelli della mia USL che mi hanno risposto: "se suo fratello non vuole guarire noi non possiamo farci nulla". Bella risposta vero? Ecco il risultato della "180". Le famiglie che hanno malati di mente in casa sono oggi come minireparti psichiatrici. È giusto portare una simile croce perché la nostra società non è in grado di organizzare una seria assistenza?»[40].

Un padre: «mio figlio si è ammalato dopo la maturità liceale. Un giorno si è fatto tagliare i capelli a zero, si è messo una parrucca e ha cominciato a guardare fisso nel vuoto. Soffre di psicosi dissociativa e – dicono – è pericoloso. Può darsi, ma dopo alcune crisi ho preferito mettere sotto chiave tutti i coltelli della cucina. Alla fine dello scorso anno, una notte, ha aggredito sua madre pestandola a sangue. Per fermarlo ho dovuto chiamare i carabinieri [...]. Ero così stanco che 12 mesi fa ho deciso di smettere di lavorare e di dedicarmi completamente alla famiglia. È

[40] "La Stampa", È come avere un piede all'*inferno*, 24 febbraio 1982.

stato un errore perché fra queste quattro mura non posso che respirare ansia. Siamo tutti nervosi e i nostri rapporti sono cambiati. La serenità è un ricordo del passato. Qualche volta con mia moglie mi chiedo se vale ancora la pena vivere. Se sono in piedi è perché ho un figlio di 17 anni che ha bisogno di me. Con un "matto" in casa, mi creda, è un castigo. Non riesci più a muoverti, non puoi permetterti neanche un'ora di vacanza. Sei sempre teso per non essere colto di sorpresa. Adesso se n'è andato, dice che deve parlare alla gente. Vive in una cameretta della periferia ma so già che non ci resterà a lungo. Un giorno lo vedremo tornare, più sofferente di prima»[41].

Due genitori: «"Tenetelo un po' qui, vi prego. Tornerò a prenderlo tra poche ore". I medici del reparto psichiatrico dell'ospedale di Brescia che la mattina del 13 gennaio di quest'anno, infrangendo per pietà le strette regole che impediscono il ricovero non volontario di un paziente, avevano accettato di custodire per poco tempo [un] giovane schizofrenico [...], avrebbero saputo solo dopo molte ore che nessuno sarebbe più tornato a prendere il ragazzo. I genitori, infatti, [lo] avevano affidato alla clinica [...] per procurarsi quel tanto di tempo necessario a suicidarsi entrambi: l'uno, il padre [...], maestro elementare, gettandosi sotto le ruote di un treno merci; l'altra, la madre, lanciandosi dalla finestra di un quarto piano. Entrambi, prima di morire, avevano lasciato un messaggio scarno e terribile: "È colpa della 180"»[42].

Storie di donne: «sono la mamma disperata di un giovane di 31 anni, ammalato di mente. Di notte non mi fa riposare e di giorno ne combina di tutti i colori. Fuma tre pacchetti di sigarette [...], beve caffè e liquori a volontà. Se non gli diamo i soldi va in giro a chiedere l'elemosina. Per strada dà fastidio a tutti, specialmente alle ragazze. A volte in casa, quando sono sola, si spoglia nudo e incomincia a minacciarmi urlando che devo fare l'amore con lui. Guai se lo viene a sapere mio marito. Lo ammazzerebbe e non vorrei che succedesse una tragedia [...]. Sono una povera disperata e vorrei prendere quei disgraziati che hanno fatto chiudere i manicomi e farli vivere per una sola settimana accanto a un malato come mio figlio»[43]; «vivo col terrore delle forti crisi di mia figlia che è schizofrenica. Oltre alle tremende offese che mi lancia, mi dice che vuole ammazzarmi. Proprio ieri ha preso un coltello e mi ha inseguita per tutta la casa urlando che voleva tagliarmi la gola. Ho fatto appena in tempo a chiudermi in una stanza, immaginatevi in quale stato. Sono ridotta all'estremo, ho 88 anni. Conservo ancora una discreta energia, sono autosufficiente ma peso appena 33 chili [...]. Proprio non si può far nulla? Non possiamo unirci, noi colpi-

[41] "La Stampa", *È come avere un piede all'inferno*, 24 febbraio 1982.

[42] "L'Espresso", *Il matto in casa*, 18 luglio 1982.

[43] Dalla "Domenica del Corriere", 27 febbraio 1982, pubblicato anche in G. Giuricin, *I malati del quarto mondo*, Luigi Reverdito Editore, Trento 1986, p. 138.

ti, e inviare le nostre lagnanze contro questo iniquo governo? Contro queste leggi veramente criminose? Sono intontita e impaurita: scusate questo sfogo»[44]; «dopo tanti anni di timori, riflessioni, angosce e lutti mi decido a rendere pubblica la mia drammatica situazione. Non so più quale porta battere per essere aiutata, mi sento condannata a morte da mio figlio [...]. La diagnosi l'ho fatta io, attraverso le mie dolorose esperienze. A chi posso rivolgermi? Non parlatemi degli "psichiatri democratici". La follia non esiste per loro e sarebbe un gran bene che non esistessero neanche loro»[45]; «sono la madre di un malato mentale, sono vedova [...], ho 71 anni e sono sola. Mio figlio [...] grida sempre e ce l'ha con tutti. Si chiude nella sua camera e non vuole vedere nessuno, ne esce solo all'ora dei pasti, quando vuole lui; inoltre, povero figlio, gli mancano tutti i denti e non accetta di farsi fare una dentiera; perciò sono costretta a fargli pasti morbidi, gradevoli, costosi ed abbondanti. Vive nella sporcizia più totale ed io non posso fare nulla, altrimenti dà in escandescenze [...]. Non posso dirle tutto ciò che combina in casa. Da parte mia, da quando è stata emessa detta legge, non ho più pace, sono sette anni che non ho più un giorno di riposo, sono ammalata anch'io e sono molto esaurita [...]. Mi hanno presentato in televisione facendomi raccontare le mie peripezie [...]. Se non che il rappresentante della Regione di Torino, sempre in televisione, si è espresso con la frase più offensiva, dicendo: "è evidente che questa signora si vuole liberare di suo figlio". Questa frase mi fa ribrezzo solo a sentirla, che provasse lui ad avere un figlio ammalato ed essere solo come sono io, ed anziano! Tutta Italia ha sentito quella frase orribile. Chi è quella madre che si vuole disfare di suo figlio [...]? Lascio pensare a lei i commenti dei miei parenti e amici»[46]; «mia sorella Bruna è ammalata di mente da 35 anni. Lei non mi lascia entrare in casa sua, dove vive sola, e io non posso darle una mano [...]. Ho telefonato al Centro di igiene mentale della mia zona e mi sono sentita rispondere più o meno con frasi di questo tipo: "a lei piacerebbe che qualcuno entrasse in casa sua per insudiciarla? No? Ebbene a sua sorella [...] non piace il contrario: non vuole che qualcuno gliela pulisca. Quindi la lasci stare in pace nella sporcizia. Adesso la Bruna comincia a tralasciare anche l'igiene personale. Si può immaginare come va in giro: puzza ed è sporca fino all'inverosimile. Anche i vicini [...] hanno chiesto aiuto ai vigili, che hanno fatto disinfestare la casa dagli insetti. Ma ciò avveniva tre mesi fa. Ora tutto è peggio di prima»[47].

Antonello Trombadori, ex parlamentare del PCI, intervistato da Giampiero Mughini nel 1984: «*lei non ebbe alcun dubbio nel votare una*

[44] *Ibidem.*

[45] Da "La Voce Libera", 18 febbraio 1982.

[46] Da "Il Giornale", 17 maggio 1985.

[47] Dalla "Domenica del Corriere", 27 febbraio 1982.

legge che il repubblicano Vittorio Olcese definì un "decreto giacobino" a causa del suo carattere perentorio e irrealistico? No, non avevo capito questo suo carattere. Come al solito, mi fidai del mio gruppo parlamentare. Quale fosse il meccanismo messo in piedi dalla 180, l'ho capito dopo, quando la malattia mentale è entrata nella mia famiglia. *Raccontiamola questa sua drammatica esperienza.* Cominciò due anni e mezzo fa. Chiamammo il 113, allarmati da una situazione che si presentava estremamente seria. Arrivò un dottore e, benché di quella serietà ci fossero tracce evidenti, trovò che non c'era ragione alcuna di intervenire. Alla seconda manifestazione di quei sintomi, fu un medico a firmarmi l'autorizzazione a ricoverare quella persona [...]. La portai al San Giovanni dove [...] c'erano in tutto 15 letti, buttati nel cantuccio più diseredato dell'ospedale; altri malati giacevano per terra, tra un letto e l'altro. Nei pochi giorni in cui è consentito il ricovero i medici non hanno neppure il tempo di fare una diagnosi. Caso vuole che io abbia sperimentato i reparti psichiatrici, 45 letti in tutto, dei tre ospedali romani autorizzati: in tutti e tre i casi, fatta salva l'abnegazione di medici e infermieri, le condizioni di degenza sono peggiori di quelle che offrivano gli stessi ospedali psichiatrici di un tempo. *E dopo quel ricovero bluff che cosa succede al malato?* Viene restituito alla famiglia, quali che siano le sue condizioni. A quel punto una giovane psichiatra mia amica mi consigliò di ricoverare il mio familiare in una clinica privata. Ma senza la firma del malato, la clinica non lo accetta. E qui emerge la concezione mostruosa che la 180 ha dell'uomo e della società, che viene di fatto supposta come un pugno di mascalzoni e farabutti che ad altro non pensano se non a liberarsi dell'ingombrante fardello costituito da un figlio o da un fratello ammalato di mente. La 180 non pensa innanzitutto a soccorrere il malato, pensa ad impedire che venga "sequestrato". *Lei ha parlato una volta di malati di mente che se ne salgono su un treno e girano l'Italia lasciando i loro familiari in un pozzo di angoscia e di impotenza, facendo capire che questo veleno lo aveva assaporato con le sue labbra*. Ho letto sull'*Unità* lettere di familiari che parlano di veleni ben più atroci di quelli che io stesso conosco. E penso soprattutto alle loro attese quando sollecito l'urgenza del confronto parlamentare. E non mi si venga a parlare di quantità! Basterebbe anche un solo caso a giustificare la collera di chi attende senza risposte: e purtroppo i casi sono invece migliaia e migliaia. Quanto al veleno di cui lei parla, vorrei rivolgermi con una domanda a coloro che mi riempiono la testa di idee generali e nemmeno prendono in considerazione il mio assillo. Che cosa devo fare quando una persona non parla per tre giorni, non dorme per tre giorni e non mangia per tre giorni? E che cosa devo fare quando questa persona scompare? *Lei sa che nel PCI il giudizio sulla 180 è molto diverso dal suo. Sull'Unità fioccano articoli e titoli che presentano le [proposte] di modificare la legge come un tentativo di riaprire i lager manicomiali*. Per quanto riguarda certi articoli [...], vuol dire che

al giornale c'è chi [...] ha studiato male [...]. Le riassumo un colloquio che ho avuto qualche giorno fa con un altissimo dirigente del mio partito. "Come stai?" mi ha chiesto. "Sai bene in che condizioni mi trovo, con una persona che soffre e che rifiuta di farsi aiutare". "Ma tu non hai il diritto di sostituirti al suo non voler essere aiutata", m'ha ribattuto. Al che ho risposto: "non voglio affatto sostituirmi a lei, voglio che vi si sostituisca la scienza, l'esperienza, l'umanità e una decisione del Parlamento. *In quell'articolo sull'Unità di un mese e mezzo fa, un articolo molto critico nei confronti della 180, lei ha invitato Iginio Ariemma, il responsabile della sezione sanità del PCI, a riunire tutti i comunisti che avevano avuto a che fare con un malato di mente e a vagliare le loro esperienze personali. Che cosa le è stato risposto?* Non ho ricevuto neppure una telefonata. *Sempre sull'Unità, c'*è chi ha replicato al suo articolo defin*endola un disfattista*. A questi compagni vorrei ricordare che a definirmi un disfattista ci pensò già il fascismo, che poi mi mandò in galera. Non vorrei che anche loro fossero tipi da mandarmi in galera, una volta preso il potere. In quel mio articolo mi limitavo a porre il problema della prevenzione [...]. A leggere le repliche di molti, capisco che a loro non importa assolutamente nulla di chi concretamente soffre. A loro interessa preservare da ogni contaminazione un disegno ideologico: un disegno per cui è l'esistenza stessa di un'istituzione di ricovero a determinare la malattia mentale»[48].

Che tra le famiglie dei malati di mente serpeggiasse un malessere profondo per le condizioni in cui versava l'assistenza psichiatrica italiana all'inizio degli anni Ottanta era un fatto noto e che nessuno degli osservatori dell'epoca giunse mai a negare. Le testimonianze che abbiamo deciso di riportare qui sopra rappresentano solo una piccola parte delle decine e decine di lettere recapitate in quella fase ai quotidiani nazionali. Lettere che raccontavano di genitori disperati, alle prese con figli psicotici di fatto abbandonati a sé stessi, talvolta violenti o autolesionisti, spesso incrollabili nella loro volontà di rifiutare ogni possibile aiuto; di interi nuclei famigliari distrutti, di suicidi addirittura – come nella vicenda bresciana, forse una delle più clamorose e discusse di quel periodo – di madri esasperate e costrette per giunta a subire l'onta dell'altrui biasimo – «è evidente che questa signora si vuole liberare di suo figlio» – se non a divenire, loro malgrado, oggetto di tentativi più o meno larvati di criminalizzazione. Al riguardo non si può poi fare a meno di pensare alla risposta di un medico iscritto PCI ad Antonello Trombadori – un padre in questo caso – che dalle pagine dell'«Europeo» aveva avuto l'ardire di rendere pubblico il proprio dramma personale, dicendosi inoltre favorevole ad una revisione della legge 180: «caro Trombadori, complimenti! Fa [...] piacere vedere che qualcuno, in Italia, ha le idee chiare in fatto di psichiatria [...]. Non sei mai stato in un ospedale psichiatrico dieci anni fa [...]? Ascolta, compagno Trombadori, lo sai

[48] "Europeo", *L'ho provata sulla mia pelle, è una legge da matti*, 12 maggio 1984.

che sfogliando le cartelle manicomiali di uno di detti ospedali si può scoprire, per esempio, che un paziente a medio degenza (non parlo dei cronici) aveva un colloquio settimanale con un medico come tutta terapia? E magari era ricoverato a 10 o 15 chilometri dalla sua città o dalla sua casa? [...]. Senti, compagno Trombadori, poniamo che tu abbia uno scompenso dissociativo di grado lieve con qualche spunto delirante. Anzi, meglio: poniamo che tu ne abbia avuti già due, uno prima della legge, uno dopo. Non avresti messo giù quell'articolo ma saresti andato strisciando sulle mani e sui piedi a ringraziare i medici del reparto di diagnosi e cura (quello di dopo la legge) e lo stesso avresti fatto con la struttura ambulatoriale che, dopo la dimissione, ti aveva aiutato nel reinserimento»[49].

A dar voce e peso politico a quel malessere e a quel disagio crescenti furono poi, nel corso di tutti gli anni Ottanta, varie associazioni di familiari, fondate in molti casi da madri di giovani malati psichici. Come ad esempio la romana ARAP, acronimo già di per sé stesso rivelatore di un obiettivo ben preciso, la Riforma dell'assistenza psichiatrica, obiettivo da conseguirsi sia attraverso «innovazioni e profonde modifiche nella normativa»[50] sia stimolando la creazione di presidi territoriali e di cliniche pubbliche in grado di accogliere il paziente per il tempo necessario ad una diagnosi corretta e anche contro la sua volontà. Oppure la DIAPSIGRA di Anna Rosa Andretta, sorta nel 1981 a Roma – dove l'anno seguente poteva già contare su 18 mila iscritti – e distintasi fin da subito sulla scena nazionale per la sua ferma opposizione alla legge 180, considerata poco più di un «mito», frutto di «teorie antiscientifiche» e di un pensiero che «ha ridotto tutta la malattia mentale ad un mero fenomeno politico e sociale, ignorando patologie e cure mediche»[51]. Quella indicata dalla DIAPSIGRA era – o perlomeno ambiva ad essere – una sorta di terza via tra la custodia e l'abbandono, una «soluzione realistica» incentrata, come d'altro canto per l'ARAP, sull'istituzione di strutture terapeutiche che garantissero trattamenti farmacologici, psicologici e di risocializzazione, «differenziate per età e patologie» e abilitate a ricoverare anche in via obbligatoria, ma solo qualora non fosse stato «possibile indurre diversamente il malato a curarsi»[52]. «Noi chiediamo pertanto – affermava la presidente Andretta intervenendo al primo convegno nazionale di psichiatria critica, tenutosi a Saint Vincent nel luglio del 1982 – che il malato grave, un tempo chiamato pericoloso [...] sia ricoverato a determinate condizioni previste dalla legge emen-

[49] "Europeo", *Caro Trombadori, vengo a lei con questa mia...*, 12 maggio 1984.

[50] ARAP, Statuto, pubblicato sul sito internet dell'associazione, all'indirizzo www.arap.it/ dati/statuto.html.

[51] C. Soldi (presidente DIAPSIGRA sezione Piemonte), *Il mito della legge psichiatrica 180*, commento e rilettura della teoria basagliana, Torino 1991, p. 4.

[52] Ivi, p. 7.

data: poco dopo il ricovero dovrà essere definito il suo stato di gravità, che, se sarà giudicato notevole, dovrà comportare il divieto di dimetterlo finché non sia diagnosticata la specifica regressione della malattia; se si prevedono frequenti ricadute egli dovrà sottostare ad una continua degenza. Quando le sue condizioni psichiche saranno [...] migliorate, sarà una commissione composta da psichiatri, psicologi e magistrati a decidere se concedergli l'assoluta libertà ovvero altre forme di assistenza [...]: d'altra parte è segno palese di malafede e di contraddizione scandalizzarsi di fronte alla parola "ospedale" poiché in tutto il mondo civile le infermità che comportano pericolo per il paziente e per gli altri vengono curate in luogo chiuso. Nei casi in cui invece l'ospedalizzazione non fosse necessaria saremmo lieti di farne a meno [...]. Occorre inoltre ricordare che tra tutti gli ammalati sono proprio quelli psichici ad avere un gran bisogno di spazio e tranquillità, onde si deve ad ogni costo evitare l'affollamento nei loro ospedali»[53].

Una forte contrapposizione ideologica: pro e contro la 180

«Gettateli fuori tutti, la società li deve accogliere. Perfino il "day hospital", perfino le case alloggio, insomma qualsiasi cosa sappia anche lontanamente di ricovero è stata avversata. La verità è che si vuole negare la malattia mentale: non è un caso se oggi si parla tutt'al più di disagio psichico»[54]. In un'intervista a "La Repubblica" del settembre 1981 il deputato repubblicano Vittorino Olcese aveva riassunto così il «pensiero» alla base della 180, una legge che gli ricordava un «decreto giacobino», che gli sembrava altresì aver scaricato il «peso dell'assistenza soprattutto sulle famiglie»[55] e che andava dunque corretta, almeno nei suoi «aspetti di estremismo radicale»[56]: «detto questo – precisava poi Olcese nella relazione introduttiva alla sua proposta di legge, presentata in Parlamento nel febbraio del 1982 – occorre pure fare attenzione a non buttare al rogo, per motivi di polemica, tutto ciò che di innovativo è stato fatto [...]. Innanzitutto perché ci dobbiamo sempre ricordare che senza la spallata di Franco Basaglia e di molti altri non si sarebbe avviato [...] quel processo di riforma dell'istituzione manicomiale che è approdato ad importanti mutamenti pur in vigenza della vecchia [normativa]. E anche perché in questi anni energie si sono messe in moto, come mai in passato, intorno ai problemi della malattia mentale. Spesso con dedizione e sacrifici grandi. È facendo tesoro delle esperienze più inco-

[53] A. R. Andretta, *Crisi delle Famiglie e crisi del malato: il ruolo assistenziale*, in L. Ravizza, A. Meluzzi (a cura di), *Dalla critica della Psichiatria ad una Psichiatria critica*, Edizioni Minerva Medica, Torino 1985, pp. 33-34.

[54] "La Repubblica", *Ma il manicomio è dentro di loro*, 22 settembre 1981.

[55] C. Calvaruso, R. Frisanco, S. Izzo (a cura di), *Indagine Censis – Ciseff sulla attuazione della riforma psichiatrica e sul destino dei dimessi dagli O.P.* cit., p. 616.

[56] Ivi, p. 615.

raggianti [...] che possiamo sperare che l'assistenza psichiatrica in Italia faccia autenticamente un passo in avanti»[57].

Vediamo allora quali fossero nel concreto le modifiche suggerite da Olcese. In primo luogo si voleva snellire la disciplina relativa ai trattamenti sanitari obbligatori in regime di degenza ospedaliera. Le tre condizioni previste dalla riforma del 1978 per l'applicazione di quei provvedimenti[58] erano infatti sostituite da una singola disposizione di massima, assai più generica, secondo la quale il ricovero coattivo poteva essere «adottato per i malati psichici che presentassero una grave disorganizzazione delle proprie funzioni personali», tale comunque da renderli «incapaci di provvedere» ai loro «bisogni e di tutelare» la loro «sicurezza». Nessuna innovazione era invece introdotta quanto alle procedure da seguirsi in caso di TSO, che restavano così quelle stabilite dagli articoli 3 e 4 della legge 180, né in merito alle garanzie giurisdizionali offerte alle persone sottoposte a tale misura. Il secondo punto qualificante della proposta Olcese riguardava poi i servizi psichiatrici, che avrebbero dovuto essere strutturati in modo da assicurare: «trattamenti ambulatoriali e domiciliari; trattamenti delle situazioni acute in presidi ospedalieri con degenza [...] e interventi di sicurezza e solidarietà sociale anche di tipo economico». Il terzo comma dell'articolo 3 faceva inoltre obbligo alle Regioni di rinnovare gli edifici degli ex ospedali psichiatrici «secondo particolari caratteristiche socio-ambientali, destinate a stimolare o a consolidare l'autosufficienza» nei malati ancora ricoverati e privi di «effettive possibilità di reinserimento sociale». Per la lungodegenza, infine, si prescriveva l'istituzione di apposite «strutture alternative socio-sanitarie» o l'impiego di ex reparti manicomiali «debitamente ristrutturati».

L'iniziativa di Olcese non fu certo isolata; essa inaugurò anzi una specie di rincorsa alla proposta di legge, alla quale parteciparono quasi tutte le forze politiche rappresentate in Parlamento, che si dimostrarono così assai abili nell'intercettare il sentimento di profonda inquietudine diffuso soprattutto tra le famiglie dei malati, senza tuttavia dar mai l'impressione di voler andare davvero fino in fondo attraverso un'azione coordinata e potenzialmente incisiva. È sufficiente infatti un rapido sguardo a quelle proposte per accorgersi della loro notevole eterogeneità, non tanto però nei problemi affrontati quanto piuttosto nelle soluzioni di volta in volta prospettate. Si consideri ad esempio l'assistenza

[57] C. Calvaruso, R. Frisanco, S. Izzo (a cura di), *Indagine Censis – Ciseff sulla attuazione della riforma psichiatrica e sul destino dei dimessi dagli O.P.* cit., p. 615.

[58] Legge 23 dicembre 1978, n. 833, articolo 34, comma terzo: «il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale può prevedere che le cure vengano prestate in condizione di degenza ospedaliera solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere».

ai malati cronici. Qui il ventaglio delle alternative comprendeva: la creazione di reparti speciali (Fusaro, DC), di «comunità socioterapeutiche» a media capacità ricettiva (dai 30 ai 50 posti letto), di «servizi residenziali» indirizzati a soggetti parzialmente o non autosufficienti (Comitato ristretto, XIV Commissione igiene e sanità), di apposite strutture per la «spedalità protratta», con un numero massimo di posti letto oscillante tra i 120 dei progetti Zanone (PLI) e Poggiolini (PRI) e i 180 di quello formulato dal Ministro della Sanità Renato Altissimo e dal Sottosegretario Bruno Orsini; o ancora la riconversione degli ospedali psichiatrici in «presidi generali per la cura e la riabilitazione della lungodegenza» (Pomicino e altri, DC)[59]. Quanto invece ai trattamenti sanitari non consensuali in condizioni di ricovero, va sottolineato come nella quasi totalità dei casi si proponesse di innalzarne la durata ordinaria da 7 a 15/20 giorni e di modificare in modo più o meno rilevante i criteri per la loro applicazione: l'orientamento generale al riguardo sembrava comunque tendere ad una netta sburocratizzazione delle procedure,scelta che avrebbe però rischiato di tradursi in un'altrettanto marcata riduzione delle tutele giurisdizionali a favore dei malati.

Faceva eccezione al quadro appena abbozzato il progetto di legge del radicale Franco Corleone, elaborato nel 1982: «alcuni sostengono oggi – così è scritto nella relazione introduttiva – che la chiusura dei manicomi [...] ha comportato tanti disagi ed inconvenienti per cui si rendono necessarie modifiche [...] tali da costituire nella sostanza, secondo la nostra opinione, un ritorno indietro [...]. Altri invece si attestano in una pura difesa ideologica della legge 180, negandone limiti ed insufficienze palesi. Entrambe le posizioni riducono in effetti il complesso problema della patologia [...] e della cura a una semplice questione di strutture, come se collocare il paziente in ospedale anziché in manicomio fosse di per sé sufficiente a trasformare l'intervento repressivo in intervento terapeutico»[60]. Donde la necessità di puntare al massimo sulla formazione del personale adibito ai servizi psichiatrici: «la qualità umana e professionale degli operatori – recitava al proposito l'articolo 4 – [...] è elemento di assoluta priorità per un'assistenza [...] adeguata alle necessità di coloro che vi si rivolgono con richieste ed aspettative di aiuto. Il Ministro della Sanità, entro tre mesi dall'approvazione della presente legge, istituisce l'Albo Nazionale dei Formatori, al quale possono accedere entro il primo anno coloro che dimostrino di possedere i requisiti specifici ottenuti attraverso esperienze dimostrabili». Per il re-

[59] Al riguardo si veda C. Calvaruso, R. Frisanco, S. Izzo (a cura di), *Indagine Censis – Ciseff sulla attuazione della riforma psichiatrica e sul destino dei dimessi dagli O.P.* cit., pp. 613-684 o anche P. Ferrario, *I progetti di modifica della legge 180*, in "Inchiesta", n. 77, Bologna, 1988, pp. 77-80.

[60] C. Calvaruso, R. Frisanco, S. Izzo (a cura di), *Indagine Censis – Ciseff sulla attuazione della riforma psichiatrica e sul destino dei dimessi dagli O.P.* cit., p. 668.

sto la proposta Corleone si limitava ad abolire i reparti psichiatrici negli ospedali generali (gli SPDC), sostituiti dalle «comunità socioterapeutiche» per il trattamento sanitario obbligatorio, e alla creazione di servizi neuropsichiatrici infantili dotati di «posti letto tecnici di appoggio», in numero compreso tra 5 e 10, nei reparti di pediatria.

La 180 ebbe però anche i suoi fieri paladini, in special modo tra gli aderenti alla basagliana Psichiatria democratica e all'interno del PCI, dove ben presto cominciò a farsi strada la tesi del boicottaggio, secondo cui le inefficienze del sistema assistenziale italiano andavano imputate non alla legge in sé e per sé quanto piuttosto alla sua mancata applicazione: «la legge potrebbe anche essere aggiornata – dichiarava ad esempio Giovanni Berlinguer a "La Repubblica" – ma è buona, sostanzialmente valida e tocca tutti i punti essenziali e riformatori da cui ormai non si può più prescindere. Certo, la battaglia non è affatto vinta, anzi, è appena agli inizi, perché poi la realtà è che c'è un gran fervore nel non applicarla, nel renderla inoperante»[61]. Ad ogni modo bisogna riconoscere che per almeno tutta la prima metà degli anni Ottanta un vero e proprio dibattito sugli esiti della riforma psichiatrica non riuscì mai a svilupparsi. Prevalse invece la tendenza a uno sterile scontro dialettico tra due schieramenti nettamente contrapposti, che si fronteggiavano a colpi di proclami e accuse reciproche e per i quali la legge 180 sembrava rappresentare, senza apparenti sfumature di sorta, in un caso l'origine di ogni possibile male e nell'altro una specie di feticcio da difendere sempre e comunque. E se da una parte si percepivano propositi più o meno marcati di controriforma – si pensi ad esempio che in quasi tutti i progetti di legge esaminati più sopra rifaceva la sua comparsa il manicomio, sebbene in vesti e dimensioni di volta in volta diverse rispetto al passato – dall'altra non pareva esserci alcuna disponibilità a retrocedere nemmeno di un millimetro dalle proprie posizioni. Tale almeno è la sensazione che si ricava dalla lettura dei giornali. Perché poi è altrettanto vero che ad analizzare la proposta di legge presentata dal PCI nell'agosto del 1982 qualche piccola apertura si nota, specialmente in merito al nodo forse più spinoso in assoluto, quello delle strutture. Sulla base di quanto stabilito dagli articoli 2 e 3 di tale proposta, i servizi di salute mentale avrebbero infatti dovuto articolarsi non solo in «presidi territoriali di prevenzione ed assistenza» a carattere ambulatoriale, in «unità operative di diagnosi e cura presso gli ospedali generali», in istituti e cliniche psichiatriche universitarie ma anche in «presidi residenziali e semiresidenziali per la riabilitazione e l'inserimento socia-

[61] "La Repubblica", *Caro Olcese, questa legge non si deve cambiare*, 30 novembre 1981. Sulla tesi del boicottaggio si vedano anche: "l'Unità", *180: davvero volete darla per morta?*, 16 aprile 1980; "La Repubblica", *Indietro non si torna!*, 27 settembre 1981 (articolo a firma di Franca Ongaro Basaglia); "l'Unità", *Manicomio riparatore?*, 4 maggio 1982; "l'Unità", *Così si sabotano i servizi psichiatrici territoriali*, 29 maggio 1984.

le», comprendenti centri diurni e notturni, comunità alloggio, centri di socializzazione e addestramento professionale e soprattutto – e sta qui appunto la timida apertura cui si è accennato – «comunità residenziali per lungodegenti», dotate di una ricettività non superiore a venti posti letto.

Nel novembre del 1982 quel progetto di legge venne poi frettolosamente ritirato. Tre mesi dopo ne fu presentato un secondo, quasi del tutto analogo al precedente e con una sola differenza sostanziale rispetto ad esso: delle comunità per lungodegenti non c'era più alcuna traccia mentre le uniche strutture residenziali cui si faceva ancora riferimento erano le comunità alloggio o gli «alloggi assistiti». Questo ad ulteriore conferma dell'estrema polarizzazione esistente sul tema psichiatrico, della distanza incolmabile che separava i sostenitori e gli avversari della «180». Una distanza che bloccò il dibattito e il Parlamento, impedendo alla fine qualsiasi modifica al testo approvato nel 1978.

Una nuova contestazione

Preambolo: il convegno di Psichiatria Critica a Saint Vincent

Per l'assistenza psichiatrica italiana gli anni Settanta avevano rappresentato un periodo di grande e continuo rinnovamento. Anche grazie all'esempio di Gorizia – reso celebre dal volume collettaneo *l'Istituzione Negata* – in varie città della penisola erano andate moltiplicandosi esperienze di superamento manicomiale, che avevano coinvolto in diversa misura politici, associazioni, amministratori pubblici o – come a Torino – studenti e semplici cittadini riuniti in un unico ampio movimento di contestazione anti-istituzionale. Una nuova generazione di giovani medici aveva contribuito con il proprio operato a mettere in crisi il tradizionale autoritarismo psichiatrico e a svecchiare pratiche ospedaliere ed approcci clinici consolidati. Il paradigma organicista aveva perso in parte la sua centralità sul piano dottrinale mentre il manicomio era divenuto oggetto di una produzione letteraria – di carattere storiografico, sociologico e filosofico – in costante espansione e capace per giunta di far presa su un pubblico sempre più vasto di non specialisti.

Quella fase di intenso cambiamento non aveva però mancato di generare essa stessa i suoi miti, le sue parole d'ordine, le sue formule magiche. Certi schemi interpretativi di matrice antipsichiatrica avevano preso a circolare, in versioni peraltro assai spesso semplicistiche, non solo tra il grande pubblico ma anche negli ambienti ultra-politicizzati di sinistra, affascinando schiere di addetti ai lavori, giovani studenti ed intellettuali di formazione umanistica e filosofica[62]: si pensi ad esempio all'idea dell'internamento asilare come diretta emanazione del potere capitalistico e borghese; alla sofferenza psichica intesa quale prodotto delle contraddizioni sociali e a tutto ciò che ne conseguiva a livello teorico e pratico; agli atteggiamenti di rifiuto – così frequenti in quegli anni – nei confronti delle procedure di valutazione, dei test psicologici e più in generale di tutto ciò che avesse vagamente il sapore della ricerca scientifica in campo psichiatrico; o ancora al tema del controllo con il suo corollario di figure – lo psico-poliziotto – e di paure per una «società dominata [...] da plotoni di psicologi e soprattutto di psichiatri stipendiati dallo Stato come specialisti di repressione»[63]; e si pensi, infine, alla martellante denuncia di ogni pratica tendente all'istituzionalizzazione (o alla reclusione, secondo la terminologia del periodo) per ragioni sanitarie e/o educative nonché alla parallela idealizzazione del territorio, in cui si riconosceva la sede privilegiata dell'intervento terapeutico e che però, nei discorsi più inclini alla demagogia, sembrava a volte assu-

[62] Cfr. G. Corbellini, G. Jervis, *La razionalità negata: psichiatria e antipsichiatria in Italia* cit.

[63] Ivi, p. 121.

mere proprietà quasi taumaturgiche, come se il solo fatto di restituire i "pazzi" alla società potesse essere, per loro, garanzia di guarigione e di reinserimento.

Se da un lato, dunque, la legge «180» diede piena sanzione giuridica ad un lungo percorso di rinnovamento iniziato sul finire degli anni Sessanta, dall'altro lato essa fu anche il frutto di una sorta di incantamento collettivo che portò a sottovalutare o a non vedere del tutto i problemi futuri e le possibili conseguenze negative di ciò che si stava facendo. Il "risveglio", per una parte del mondo politico, fu piuttosto brusco e segnato inoltre da clamorose quanto imprevedibili inversioni di marcia: al riguardo è bene non dimenticare che dietro uno dei progetti di legge dai contenuti più marcatamente controriformistici, quello presentato dal ministro della Sanità Altissimo nel 1982, c'era la mano – nel senso letterale del termine, visto che era stato lui a scriverne il testo – di Bruno Orsini, uno dei padri della «180». Di fronte all'emergere di tali spinte restauratrici, che sembravano propagarsi da quasi tutti i partiti dell'area di governo, il PCI si chiuse in un ferrea difesa della riforma. Su alcune questioni di merito esso si rivelò addirittura, per così dire, più basagliano di Basaglia, rimanendo ad esempio sempre contrario a qualsiasi struttura di ricovero che non fosse di piccolissime dimensioni – come le comunità alloggio, per intenderci – e questo malgrado già nei primi anni Ottanta fosse evidente che i malati bisognosi di assistenza a tempo pieno non solo continuavano ad esistere ma in genere andavano a finire in ospedali privati, pensioni e case di riposo non sempre migliori dei vecchi manicomi.

Fu appunto in un clima come quello appena tratteggiato che si tenne il primo convegno nazionale di Psichiatria critica, svoltosi a Saint Vincent tra il 5 e il 6 luglio del 1982. Il comitato promotore era composto esclusivamente da più o meno note personalità della psichiatria e della politica torinese: ne facevano infatti parte Luigi Ravizza e Alessandro Meluzzi, della seconda Clinica psichiatrica universitaria, di cui Ravizza era direttore, i primari Franco Boccalatte e Furio Gubetti, l'aiuto Mario Perini, Marilena Palestro, assistente sociale della Provincia, e infine Fernando Santoni de Sio, all'epoca consigliere presso il Comune di Torino. L'importanza di quel convegno risiedeva in almeno tre diverse ragioni. Primo: dopo anni di relativo silenzio, «ora voluto ma più spesso imposto», l'Università tornava a far sentire la propria voce, reclamando il diritto ad una ricerca psichiatrica ancorata a solide basi scientifiche, estranea tanto al vecchio riduzionismo di stampo neurologico quanto all'ideologia antimanicomiale ancora imperante:

> come dicevamo – si legge nell'introduzione al volume contenente gli atti – il caso italiano ha qualche peculiarità perché il vento dell'antipsichiatria è giunto sull'onda di un post-sessantotto capace di sequestrare i movimenti culturali nel carcere dell'ideologia e delle burocrazie di parti-

> to. Questo ha fatto sì che una spinta positiva al superamento dell'ospedale psichiatrico sia stata gestita in modo frettoloso, rigido e distruttivo, senza saper porre, dopo la necessaria *pars destruens,* una fase costruttiva nella quale un'ossatura rigorosamente scientifica e una tecnica codificabile potessero prevenire pressapochismi e colpevoli superficialità. Ma ancora più colpevole dell'insufficienza concettuale è l'uso ideologico della sofferenza mentale, identificata tout court con i cascami di una società che lo psichiatra democratico, nuovo soggetto rivoluzionario, avrebbe dovuto combattere. Di qui la disattenzione per i cosiddetti residui manicomiali e il fervore mistico del territorio, crocevia salvifico di salutari contraddizioni, che opportunamente indirizzate dall'operatore, non più controllore, ma detonatore sociale, avrebbero liberato assieme al malato vittima anche il resto della società. Si affermava che la scienza non è neutrale ma di classe e se marxianamente la scienza era conoscere la realtà per trasformarla e la follia era la conseguenza dell'emarginazione, primo e forse unico compito dello psichiatra sarebbe stato lottare politicamente contro l'emarginazione. C'era in questo ragionamento, proprio dell'ultimo pensiero basagliano e dei suoi epigoni, un vizio di forma e di sostanza. Quello che lo stesso Basaglia aveva chiamato il "primo volto della follia" era posto totalmente in ombra dal cosiddetto secondo volto, cioè la follia manipolata e avvilita dal controllo sociale. E poi la non scorretta intuizione circa la necessità di valorizzare la parte sana degli individui sofferenti, tenendoli a contatto con i sani, anziché segregarli con altri malati, si traduceva in una pratica di colpevolizzazione della società emarginante, che si tingeva necessariamente di tinte millenaristiche, dal momento che lo psichiatra rinunciava a quello che per definizione è il suo ruolo, quello cioè di medico che cura e che allevia la sofferenza del malato e della famiglia. Dallo psichiatra prigioniero del determinismo neurologico della vecchia psichiatria, all'antipsichiatra prigioniero di un determinismo sociologico nell'equazione malato-sfruttato/soggetto rivoluzionario; dal vecchio psichiatra carceriere del malato emarginato, all'antipsichiatra giudice della società colpevole di escludere e di emarginare: il cambiamento si compie con il movimento del pendolo, passando dall'ideologia manicomiale all'ideologia antimanicomiale, senza avviare una vera rivoluzione scientifica, capace di proporre una prassi terapeutica degna di questo nome[64].

Secondo: i numerosissimi interventi affrontavano tematiche anche molto diverse tra loro, di carattere medico-scientifico, giuridico, filosofico, politico, tecnico-assistenziale, ma in tutti, o quasi, era presente una forte carica critica verso la riforma del '78, i suoi effetti immediati – così come essi apparivano, naturalmente, agli occhi dei partecipanti – e in qualche caso persino verso le sue premesse teoriche. Terzo: dopo la

[64] L. Ravizza, A. Meluzzi (a cura di), *Dalla critica della Psichiatria ad una Psichiatria critica* cit., pp. XIV-XV.

contestazione del 1969-70, largamente spontanea, a Torino era seguita una fase di progressiva normalizzazione, nella quale il cambiamento era stato gestito dall'alto, dall'amministrazione provinciale e da quella ospedaliera in primo luogo, e gli spazi per le iniziative individuali erano andati via via restringendosi. Non che fossero mancate del tutto voci fuori dal coro – la ALMM, ad esempio, aveva sempre continuato a denunciare il degrado delle strutture ospedaliere, la mancanza di presidi territoriali, i rischi connessi a certe dimissioni un po' affrettate – ma mai, prima di Saint Vincent, il dissenso aveva potuto assumere una veste tanto ufficiale.

Il "Libro verde"

Nel maggio del 1987 venivano resi noti i risultati di un'indagine conoscitiva sullo stato dell'assistenza psichiatrica a Torino. Tra i promotori dell'iniziativa figuravano due medici, i dottori Crosignani e Luciano – dalla cui collaborazione era sorta, nel lontano 1969, la comunità terapeutica del reparto 5, nel manicomio di via Giulio – e Angelo Pezzana, intellettuale assai conosciuto anche al di là dei confini cittadini – nel 1970 aveva fondato il Fuori!, primo movimento di liberazione omosessuale in Italia – e all'epoca consigliere regionale per il gruppo Lista Verde Civica. Consideriamo in rapida successione i principali problemi messi in risalto dalla ricerca. In primo luogo veniva posto l'accento sulla situazione di degrado in cui versava l'ospedale psichiatrico di Collegno: «i locali sono squallidi e male arredati. Le poche poltrone e i divani sono perlopiù laceri e sporchi. Il numero dei servizi igienici è ovunque insufficiente. Un medico primario lamenta che a distanza di oltre un anno dalla richiesta inoltrata ai competenti uffici amministrativi nei reparti femminili da lui diretti non sono ancora stati impiantati i bidet. Sporche sono anche [...] le pareti e le vetrate [...]. I pazienti sembrano vivere in uno stato di completo abbandono»[65]. La fatiscenza delle strutture ospedaliere era per la verità un'annosa questione, oggetto di periodiche denuncie da parte della Commissione di tutela della ALMM e tornata prepotentemente alla ribalta nel 1984, quando nell'ambito di un'inchiesta della Magistratura sulla sanità torinese erano stati rinviati a giudizio i vertici sanitari ed amministrativi della USL 24 di Collegno: «per tutte e sette le persone – raccontava al riguardo "La Stampa" – l'accusa è di omissione continuata in atti d'ufficio, ma ad ognuna, secondo l'incarico ricoperto all'interno dell'Unità sanitaria, il giudice contesta una serie di violazioni – complessivamente una ventina – delle norme antinfortunistiche e sull'igiene del lavoro»[66]. Ampio spazio era poi dedi-

[65] APC, A. Pezzana, «Relazione sui risultati di un'indagine conoscitiva condotta dal gruppo Lista Verde Civica», Torino 22 maggio 1987, p. 7.

[66] "La Stampa", *Ospedali sporchi, sette a giudizio*, 25 gennaio 1984. Si veda anche "La

cato ai servizi di diagnosi e cura, la cui organizzazione veniva giudicata carente sotto molteplici punti di vista (locali angusti, spazi insufficienti, pochi posti letto, degenze troppo brevi), alle pensioni private che davano ospitalità – senza «nessuna vigilanza» da parte delle USL – ai dimessi dal manicomio e ai nuovi malati e infine alle strutture residenziali per il trattamento protratto in regime di ricovero o, per meglio dire, alla loro quasi totale assenza sul territorio cittadino, come già ampiamente dimostrato dall'indagine regionale del 1984.

Il *Libro Verde* riportava inoltre, descrivendoli accuratamente ad uno ad uno, svariati episodi di malgoverno psichiatrico. Qualche esempio aiuterà a comprendere il tenore delle accuse: «un uomo di 30 anni [...] è in cura presso un Centro territoriale. Di notte i genitori lo conducono nel DEA del vicino ospedale pubblico per farlo ricoverare, dato che versa in stato di angoscia panica e si sente perseguitato da terrificanti fantasmi di morte. Lo psichiatra reperibile, dopo brevissima osservazione, gli somministra un tranquillante. Considerato che nel SPDC non sono disponibili posti letto [il medico] chiede ai genitori [...] di assisterlo ancora a domicilio [...]. Qualche ora dopo il paziente pone fine alla sua tragica esistenza defenestrandosi dalla [loro] abitazione»[67]; «un paziente di 50 anni, occupato presso la cooperativa di Collegno e ospite della comunità-lavoratori, venerdì sera 20 febbraio 1987 si allontana dall'O.P. dopo aver ritirato la pensione [...]; non vedendolo rientrare a casa il sabato 21 febbraio, la moglie telefona alla comunità, ma poiché nel fine settimana gli ospiti rimangono soli, non riesce a segnalare ad alcuno la sua preoccupazione; [l'uomo] verrà trovato morto nella Stura quattro giorni dopo»[68].

Va infine sottolineato un aspetto cruciale di quel documento, e cioè il fatto che tutte le inefficienze e i problemi in esso segnalati erano interpretati come una conseguenza quasi inevitabile del modello assistenziale applicato a Torino negli anni successivi alla riforma. Si trattava in altri termini di un chiaro attacco politico nei confronti di un "sistema di potere" consolidato, dei partiti che lo sostenevano, il PCI in prima istanza, degli uomini che ne erano a capo – Giorgio Bisacco, responsabile dei servizi psichiatrici della USL 1-23, e Agostino Pirella, nella sua duplice veste di sovrintendente degli ospedali psichiatrici torinesi e di consulente regionale – e dell'orientamento antipsichiatrico di cui esso era ritenuto – non a torto – espressione. In alternativa a quel modello e alle sue implicazioni teoriche e pratiche gli autori del *Libro Verde* auspicavano una svolta radicale sul piano scientifico, che avrebbe dovuto prendere le mosse da tre «scelte fondamentali» della Regione Piemonte: «respingere

Stampa", *Ospedali sporchi e pericolosi «Ma il manicomio era peggio»*, 2 giugno 1984.

[67] A. Pezzana, *Relazione sui risultati di un'indagine conoscitiva condotta dal gruppo Lista Verde Civica* cit., pp. 14-15.

[68] Ivi, p. 10.

l'affermazione ideologica semplicistica, ancorché di facile presa demagogica, secondo cui la malattia mentale è uno stigma sociale per legittimare l'emarginazione dei devianti»; «accreditare» per contro «la concezione [...] secondo cui i disturbi psichici dell'uomo sono il risultato delle sue interazioni con gli altri ma spesso anche delle disfunzioni del substrato biologico della mente»; «sottolineare e dare [...] attuazione al concetto che il medico preposto ai servizi psichiatrici, per un approccio adeguato alla globalità dei bisogni del malato, deve acquisire, oltre a nozioni di neuro-psicobiologia e psicofarmacologia, le conoscenze più accreditate della psicologia clinica e sociale e deve addestrarsi a prendere contatto con il mondo del malato [...] e ad instaurare con lui una valida alleanza di lavoro [...]»[69]. Si chiedeva poi alla Regione di istituire con apposito atto legislativo il dipartimento di salute mentale, inteso quale «servizio sovra zonale comprendente tutte le strutture e i presidi necessari per la globalità degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali»[70]. Del dipartimento avrebbero dovuto far parte: un'équipe psichiatrica territoriale per ogni distretto, con compiti di «diagnosi e cura precoce a livello ambulatoriale o domiciliare, di prevenzione e di educazione sanitaria»; un «servizio ospedaliero di diagnosi e cura [...] con un numero di posti letto pari a uno ogni diecimila abitanti e comunque con una ricettività massima di 30 posti letto»; «servizi residenziali a carattere sanitario o *comunità protette* – ed era senz'altro questa la novità più importante rispetto al passato – con attività [...] continuativa, con una ricettività non superiore a 30 posti letto e non inferiore a 15, in numero tale da assicurare un posto letto per ogni diecimila abitanti»; «servizi residenziali con attività socio-assistenziale diurna o *comunità-alloggio*, con una ricettività non superiore a 20 posti letto e non inferiore a 10, in numero tale da assicurare un posto letto per ogni cinquemila abitanti»[71].

Nell'immediato l'iniziativa di Pezzana non ebbe alcuna ripercussione politica. I giornali, invece, ne parlarono diffusamente, ponendo particolare enfasi, com'era in fondo prevedibile, sui cosiddetti «desaparecidos psichiatrici»[72], espressione con la quale nel *Libro Verde* erano stati definiti tutti gli ex ricoverati che, dimessi dal manicomio dopo il 1978, sembravano essere scomparsi nel nulla. La polemica si trascinò per alcune settimane, tra reciproci scambi di accuse e un continuo quanto imbarazzante walzer di cifre sull'entità del fenomeno, facendo

[69] Ivi, p. 43.

[70] Ivi, p. 44.

[71] *Ibidem*.

[72] Cfr. "La Stampa", *I desaparecidos della follia*, 23 maggio 1987; "Stampa Sera", *Da quando il manicomio aprì le porte in Piemonte 800 desaparecidos*, 30 maggio 1987; "Il Giorno", *Desaparecidos della psichiatria*, 23 maggio 1987; "La Stampa", Quando *morì non aveva nemmeno un nome*, 7 giugno 1987; "La Stampa", «La riforma non ha dispersi», 22 luglio 1987.

tuttavia il gioco dei contestatori, che riuscivano così nel duplice intento di ottenere visibilità mediatica e di dare continuità alla propria azione. A chiudere in un certo senso la vicenda fu poi, ad ottobre, un grande convegno svoltosi nella sala del Consiglio regionale e intitolato "Sofferenza e Follia, storie della 180"[73]: vi parteciparono, oltre a Pezzana, Luciano e Crosignani, i dottori Alberto Anglesio, Roberto Marocchino e Giorgio Tribbioli – autore, quest'ultimo, di una relazione inquietante sul funzionamento delle comunità ospiti di Collegno, in cui non mancavano riferimenti a varie morti avvenute in circostanze drammatiche – Lia Varesio della Bartolomeo & C., il radicale Francesco Rutelli, la presidente della DIAPSIGRA Anna Rosa Andretta, i professori Meluzzi e Ravizza e infine il socialista Aldo Viglione, allora presidente del Consiglio regionale.

Chi ha cura d'Irene?

Irene era una ragazza di 16 anni, mentalmente disturbata, che soffriva di allucinazioni e deliri di persecuzione. In famiglia la descrivevano come una persona mite ma allo stesso tempo capace, quando era in crisi, d'improvvisi accessi d'ira, di azioni violente contro sé stessa e contro il prossimo: «quante volte [...] – raccontava il padre su "La Stampa" del 14 luglio 1988 – io e mia moglie siamo stati costretti a chiuderci in camera per non essere sorpresi da lei con un coltello nella mano. E quando la portavamo con noi per spese? Raccoglieva pietre e le lanciava addosso a sconosciuti»[74]. Irene aveva cominciato a star male durante le scuole medie; da allora la sua vita era trascorsa tra un ricovero e l'altro, prima all'ospedale infantile Regina Margherita poi in una casa alloggio e infine in una comunità sulle colline del cuneese, nell'incessante ricerca di una soluzione – e di una guarigione – che però alla fine non erano mai arrivate. Il 13 luglio del 1988 le forze dell'ordine la trovarono nel tinello di casa sua, in via Genova, a quattro passi dal parco del Valentino, legata mani e piedi con una catena di metallo ad un «tavolo pesantissimo». Ad incatenarla era stato il padre, un infermiere. Ed era stato sempre lui a dare l'allarme, con una breve telefonata al Centro di salute mentale: «basta – pare avesse detto – vengo lì e vi riempio tutti di botte. Non so più che fare, ho dovuto legare Irene»[75].

Non si trattava certo del primo episodio di cronaca che a Torino vedeva per protagonista una persona malata di mente. Negli anni precedenti se n'erano verificati molti altri[76] ma mai le conseguenze erano state

[73] La registrazione audio integrale di tutti gli interventi è disponibile sul sito internet di Radio Radicale all'indirizzo www.radioradicale.it.

[74] "La Stampa", *Correte, ho incatenato mia figlia*, 14 luglio 1988.

[75] *Ibidem.*

[76] Si veda ad esempio "La Stampa", *Elusa la sorveglianza degli infermieri due donne si*

tanto eclatanti come in quel caso: a poche ore di distanza dall'accaduto, infatti, l'assessore alla Sanità Eugenio Maccari, socialista, esonerava Agostino Pirella dall'incarico di coordinatore dei servizi psichiatrici della Regione Piemonte. Una decisione tanto clamorosa fu accolta con sdegno in particolare tra le fila del PCI e del partito demoproletario; al riguardo il comunista Calligaro sarebbe persino giunto a parlare, durante un'accesissima seduta in Consiglio regionale, di un atto «pretestuoso, proditorio e cinico»[77], compiuto per coprire le responsabilità politiche della Giunta di pentapartito che governava la Regione dal 1985. E in parte era vero, visto che da quell'anno il panorama assistenziale torinese non era sostanzialmente mutato. Era altrettanto vero, però, che nel capoluogo piemontese l'applicazione della riforma aveva seguito fin dall'inizio una linea elaborata essenzialmente dal PCI e dai funzionari pubblici vicini al partito, Pirella in primo luogo.

Inutile dire che sulla scelta di Maccari aveva influito in modo determinante la dolorosa vicenda di Irene, anche perché se n'erano occupati con grande attenzione tutti i più importanti quotidiani nazionali, con posizioni oscillanti peraltro tra due estremi opposti. Da un lato "il Giornale" di Indro Montanelli si era profuso in una difesa appassionata del padre della giovane – arrestato per sequestro di persona subito dopo il fatto – non risparmiando critiche durissime alla legge 180 e a chi, secondo l'autore dell'articolo, ne era stato l'ispiratore: «se il professor Basaglia avesse avuto un matto in casa e nessuna struttura sanitaria capace di accoglierlo e curarlo, sarebbe stato più cauto nel predicare l'antipsichiatria e nel far decretare da un Parlamento ignorante e complessato la chiusura dei manicomi»[78]. Anche *La Stampa* aveva preso posizione sul tema, schierandosi esplicitamente dalla parte di chi criticava la nuova normativa: «quella di Irene – si legge in un articolo apparso il 14 luglio – è un'altra storia di malattia mentale e di famiglie messe a dura prova dalla famosa legge 180, rivelatasi fallimentare e completamente sbagliata»[79]. Sull'altro versante c'era invece "l'Unità", che aveva dato dell'accaduto un'interpretazione opposta a quella suggerita da "il Giornale", preferendo concentrarsi sulle responsabilità della famiglia: «è poco più di una bambina ed è gravemente malata ma i suoi genitori, quando ha una crisi, non riescono a calmarla se non legandola al suo letto con pesanti catene [...]. Ieri mattina forse stava peggio del solito e questo ha scatenato la furia del padre Leone. L'uomo, che fa l'infermiere, per calmare la figlia

lanciano dalla finestra, 9 luglio 1982; oppure "La Stampa", *Sfugge all'infermiere che lo accompagna e si getta nel Po ai Murazzi: annegato*, 14 luglio 1982.

[77] APC, Consiglio Regionale del Piemonte, resoconto della seduta del 30 settembre 1988, p. 43.

[78] "il Giornale", *Una matta in casa, una legge folle*, 16 luglio 1988. Si veda anche "il Giornale", *La figlia è «matta» e lui la incatena*, 14 luglio 1988.

[79] "Stampa Sera", *Non c'*è alternativa alle catene?, 14 luglio 1988.

non ha saputo far altro che legarla»[80]. Nel mezzo si collocavano infine "Il Messaggero", "l'Avvenire" e la "Repubblica", che nel riportare la vicenda si erano limitati ad analizzarne i risvolti sul piano umano, evitando accuratamente di entrare nella disputa politica sulla riforma[81].

Ma dietro il "licenziamento" di Pirella, che conservava comunque la carica di sovrintendente dell'ospedale psichiatrico di Collegno, non c'era soltanto l'ondata emotiva del momento. Le ragioni di quella svolta erano in realtà assai più profonde. Senza dubbio aveva pesato il malcontento delle famiglie dei malati psichiatrici, o perlomeno di una parte di esse. Per non dire poi del crescente protagonismo sulla scena cittadina del gruppo di contestazione costituitosi attorno ad Angelo Pezzana; un gruppo sempre più forte, che con il passare del tempo aveva saputo assicurarsi il sostegno dell'associazionismo familiare, in particolare della sezione locale della DIAPSIGRA, del volontariato di ispirazione cattolica (emblematica in questo senso la partecipazione di Lia Varesio al convegno "Sofferenza e Follia", nell'autunno del 1987), degli ambienti universitari più critici nei confronti degli indirizzi antipsichiatrici e in ultimo anche del giornale della FIAT, dimostratosi ad esempio assai reattivo in un caso come quello di Irene. Né va tralasciato il fatto che a quel punto era a tutti gli effetti disponibile un'alternativa concreta, rappresentata dalle proposte formulate nel *Libro Verde*, di cui ho già avuto modo di parlare.

Il posto lasciato vacante da Pirella venne poi occupato da una Commissione tecnica appositamente costituita, di cui furono chiamati a far parte gli psichiatri Crosignani, Gubetti e Munizza, vicini, rispettivamente, ai partiti radicale, democristiano e comunista, oltre a Luigi Ravizza dell'Università di Torino ed Eugenio Borgna, primario presso l'ospedale di Novara chiamato a rappresentare il punto di vista delle varie province piemontesi. Si trattava di un passaggio importante perché era la prima volta che la maggioranza di pentapartito uscita vincitrice dalle elezioni amministrative del 1985 interveniva direttamente nel campo dell'assistenza psichiatrica, mettendo in discussione il tradizionale ruolo guida del PCI in quel settore. Il tutto con una decisione destinata ad incidere a lungo sul tessuto assistenziale cittadino: la "Commissione dei cinque" era infatti incaricata di tracciare una linea nuova attraverso l'elaborazione di una legge regionale in grado di riempire di contenuti concreti i principi enunciati dieci anni prima dalla riforma psichiatrica nazionale. Il partito socialista, principale promotore dell'iniziativa, si poneva così come il portavoce e nello stesso tempo come il centro catalizzatore delle istanze riformistiche emerse in quegli anni in città.

[80] "l'Unità", «Mia figlia è pazza». E la incatena al letto, 14 luglio 1988.

[81] Cfr. "l'Avvenire", «Aiuto, Irene è pazza». E incatena la figlia, 14 luglio 1988; "la Repubblica", *Incatenava la figlia malata di mente*, 14 luglio 1988; "Il Messaggero", «Mia figlia è pazza». E la mette in catene, 14 luglio 1988.

Ma il fatto più rilevante fu che, superando ogni resistenza, la Commissione riuscì a portare a termine il suo lavoro, tanto che nell'ottobre del 1989, a quindici mesi dalla vicenda di Irene, il Consiglio regionale poteva approvare, con 31 voti a favore e 13 contrari (quelli del PCI e del gruppo demoproletario), la legge n. 61, "Disposizioni per l'assistenza ai malati di mente e per la riorganizzazione dei servizi psichiatrici", legge che in larga misura si rifaceva alle proposte avanzate precedentemente dalla Lista Verde Civica di Angelo Pezzana. Il nuovo ordinamento prevedeva innanzitutto l'istituzione di un organismo, il Servizio dipartimentale, con funzioni di «coordinamento e di programmazione» in un'area corrispondente ad una o più USL e con una «popolazione complessiva indicativamente compresa tra i 100 mila e i 250 mila abitanti». Il Servizio dipartimentale avrebbe dovuto articolarsi in una «completa rete di attività e presidi psichiatrici», tra cui: un Centro di salute mentale, inteso quale «sede del progetto terapeutico e degli interventi psicofarmacologici, psicoterapeutici e socioterapeutici ambulatoriali»; un Servizio psichiatrico di diagnosi e cura «con un indice di posti letto ottimale» pari a uno ogni 10 mila abitanti e comunque non inferiore a 0,8; un Centro di terapie psichiatriche ove effettuare tutte quelle cure che avessero richiesto «specifici strumenti, strutture e modalità operative»; una Comunità protetta, ossia un presidio sanitario per gli «interventi terapeutici e psico-riabilitativi di lunga durata in condizioni di residenzialità», con «assistenza continuativa nelle 24 ore» e rivolto ai pazienti «incapaci di provvedere ai propri bisogni personali e sociali» per la «presenza di costanti alterazioni psichiche»; una Comunità alloggio, ossia un «presidio socioassistenziale a carattere residenziale», destinato ai pazienti che, «pur avendo una sufficiente capacità di provvedere in modo autonomo ai propri bisogni personali», presentassero difficoltà di natura relazionale «rilevanti» e tali da impedire «una normale collocazione abitativa in famiglia o altrove».

La legge 61 – tuttora in vigore – chiudeva di fatto un'epoca durata all'incirca un decennio. Un'epoca travagliata e di sostanziale stallo, durante la quale l'assistenza psichiatrica era divenuta a tutti gli effetti terreno di scontri politici e di fortissime contrapposizioni ideologiche. Rispetto però alle due alternative che erano sembrate profilarsi nella prima metà degli anni Ottanta la strada imboccata dalla Regione Piemonte rappresentava senz'altro una sorta di via mediana; una soluzione realistica e di compromesso tra la strategia comunista del "non si cambia" e le spinte più o meno esplicitamente controriformistiche che si erano propagate perlopiù dalle forze politiche di maggioranza.

Capitolo V
La storia del rinnovamento psichiatrico in Italia: un'indagine bibliografica

Chi si è occupato di storia del rinnovamento psichiatrico italiano negli ultimi quarant'anni? Quali sono state le esperienze più studiate? Quanto ha inciso e quanto incide tuttora la contrapposizione ideologica di quel periodo sulla scelta dei temi e sul punto di vista da cui fatti e avvenimenti vengono raccontati. Fino a che punto la ricerca storica è stata piegata ad usi politici? Che novità propone lo scenario attuale? Sono questi gli interrogativi cui tenterò di rispondere attraverso l'indagine bibliografica del prossimo capitolo. Sarà anche l'occasione per allargare lo sguardo oltre i confini torinesi, provando a cogliere nelle sue molteplici specificità locali il processo che ha portato al tracollo della logica istituzionale e del manicomio pubblico alla fine degli anni Settanta.

Il rinnovamento della psichiatria italiana

Nel corso degli anni Cinquanta e Sessanta, mentre da un lato si assisteva ad una crescita progressiva dell'interesse scientifico sui temi della devianza e della malattia mentale, dall'altro lato – ma si trattava in fondo delle due facce di una stessa medaglia – gli istituti assistenziali conoscevano uno sviluppo senza precedenti nella storia. Se i trattati di medicina e di psicologia si spingevano a categorizzazioni nosografiche sempre più particolareggiate, tanto che al generico bambino anormale andavano sostituendosi l'insufficiente mentale lieve, l'insufficiente mentale grave, il caratteriale, il ritardato, le istituzioni di assistenza non solo si moltiplicavano ma mostravano anch'esse un'analoga tendenza a diversificarsi tra loro, come se, in sostanza, ad ogni nuova patologia, ad ogni nuovo disturbo, ad ogni nuova forma di disagio occorresse far fronte con una risposta istituzionale via via più specifica e mirata. Al

manicomio, che manteneva la sua tradizionale funzione di enorme contenitore indifferenziato, si affiancavano così classi speciali e differenziali, residenze per minori abbandonati, per spastici, per handicappati, dispensari, centri di igiene mentale, laboratori protetti.

Uno sviluppo tanto rapido non poteva peraltro non rendere ancora più evidenti che in passato alcuni vecchi squilibri: innanzitutto la fatiscenza e il degrado delle strutture ospedaliere ma poi anche la mancanza di un quadro normativo di riferimento che potesse garantire in prospettiva la razionalizzazione di un apparato assistenziale cresciuto fino ad allora in modo disorganico e senza la pur necessaria pianificazione a livello politico. L'assenza di iniziative parlamentari efficaci non impedì tuttavia alle province di promuovere autonomamente, benché spesso sotto il pungolo di un'opinione pubblica ormai piuttosto sensibile a tali questioni, ambiziosi programmi di ammodernamento giustificati tra l'altro dalla necessità di porre un freno all'aumento incontrollato delle spese per l'assistenza. Alcuni di quei programmi si ispiravano in modo esplicito ai dettami della psichiatria di settore francese, una forma di decentramento assistenziale sostenuta in particolare dalle componenti comuniste dei vari consigli provinciali e che sul piano pratico proponeva la creazione di apparati extra-ospedalieri disseminati sul territorio e strettamente collegati a manicomi più piccoli e moderni rispetto a quelli all'epoca esistenti. La politica del settore trovò un'attuazione concreta tra la fine degli anni Sessanta e l'inizio del decennio successivo soprattutto in Veneto e in Toscana, anche se la sperimentazione più nota resta ad oggi quella di Varese, partita nel 1964 sotto la guida di Edoardo Balduzzi ma poi naufragata – ironia della sorte – anche per le forti resistenze al cambiamento esercitate dagli infermieri vicini al PCI.

Intanto presso l'ospedale psichiatrico di Gorizia proseguiva senza sosta l'opera di liberalizzazione interna avviata da Franco Basaglia a cavallo tra il 1961 e il 1962 sul modello della comunità terapeutica di Maxwell Jones. Un'opera tanto incisiva che chi avesse visitato quel piccolo manicomio di confine attorno al 1968 si sarebbe trovato di fronte ad una realtà pressoché unica nel suo genere: la rigida disciplina del passato aveva infatti lasciato spazio a regole di vita condivise tra i pazienti e concordate nel corso di apposite assemblee; dalle finestre dei reparti erano state tolte le vecchie inferriate; i medici avevano ormai dismesso il camice bianco, simbolo dell'autorità e della repressione manicomiali, per ricercare con i malati rapporti personali più autentici e paritari; i moderni psicofarmaci avevano soppiantato ovunque morsetti e lacci contenitivi. Inoltre – ed è forse l'aspetto che qui più interessa – quella graduale apertura del manicomio verso l'esterno aveva reso evidente agli occhi di Basaglia e della sua équipe l'intrinseca inutilità delle istituzioni assistenziali come strumenti non solo per la cura del disagio psichico ma per la gestione della devianza e della marginalità in genere.

L'affermarsi di una prospettiva anti-istituzionale – sancita nel 1968 dalla pubblicazione de *L'istituzione negata* – marcava una linea di confine nettissima nella storia della psichiatria italiana della seconda metà del Novecento. Da quel momento, infatti, non si sarebbe più trattato di scegliere tra diverse opzioni tecniche di rinnovamento del sistema assistenziale consolidato – quali erano state appunto sia il settore sia la comunità terapeutica – ma di schierarsi pro o contro quel sistema, pro o contro la prassi della segregazione istituzionale e le teorie scientifiche che ne avevano garantito e legittimato l'esistenza. Il carattere radicale di quel passaggio emerge con estrema chiarezza da una testimonianza dell'allora assessore alla sanità della Provincia di Parma Mario Tommasini, che a proposito del suo incontro con Basaglia scriveva: «per me come per tutti gli istituti assistenziali erano una necessità: se c'erano matti occorreva il manicomio, se c'erano bambini abbandonati occorreva il brefotrofio, se c'erano vecchi soli e senza risorse occorreva l'ospizio. Con lui ho imparato a rifiutare queste soluzioni e a cercarne altre [...]. È stata secondo me una vera e propria rivoluzione culturale»[1].Sta di fatto che nel corso degli anni Settanta le idee e le pratiche ispirate alla nuova logica anti-istituzionale si propagarono a macchia di leopardo in molte province del centro e del nord Italia, in certi casi – penso ad esempio proprio a Parma – riuscendo persino a far cambiare direzione a percorsi di riforma già ben avviati e scaturiti da premesse teoriche e metodologiche di tutt'altra natura. Del resto il discorso di Basaglia era stato in grado di spingersi oltre i limiti specialistici della scienza psichiatrica e forse anche per questo aveva suscitato così tanti consensi soprattutto tra i giovani dei movimenti studenteschi, a cui il manicomio doveva allora apparire come la più evidente esemplificazione di una società violenta, autoritaria e classista. Ma quelle idee e quelle pratiche poterono diffondersi anche grazie alla presenza di "canali di trasmissione" strutturati e perfettamente funzionanti. Al riguardo basterà ricordare il contributo decisivo di un'organizzazione militante e dal forte radicamento territoriale qual è stata per un periodo l'Associazione per la lotta contro le malattie mentali, attiva a Torino, Firenze e Parma; o quello della basagliana Psichiatria democratica, che dal 1973 in avanti avrebbe offerto un'effettiva occasione d'incontro (e di confronto) per esperienze di lotta anti-manicomiale sorte in contesti locali geograficamente spesso assai distanti tra loro. Senza dimenticare infine l'importanza di una ricchissima produzione culturale costituita dai materiali più vari e comprendente articoli, saggi – proposti talvolta nella forma del pamphlet – raccolte documentarie, interventi congressuali, interviste, monografie. Ed è appunto all'analisi di tale letteratura che volgerò ora la mia attenzione.

[1] F. O. Basaglia, *Vita e carriera di Mario Tommasini burocrate proprio scomodo narrate da lui medesimo* cit., p. 13.

Esperienze esemplari

Sebbene non sia affatto agevole mantenere una contabilità accurata di una così ampia mole di contributi come quelli dedicati al tema delle lotte anti-istituzionali, si ha tuttavia l'impressione che con l'approssimarsi della riforma sanitaria, di cui si discuteva da anni ma che era divenuta un'ipotesi più concreta solo dopo l'affermazione della sinistra nelle consultazioni elettorali del 1975 e del 1976, si facesse via via più pressante anche l'esigenza di divulgare al grande pubblico i contenuti delle varie sperimentazioni psichiatriche alternative in corso in alcune province del centro-nord da circa un decennio. D'altronde quella legge non avrebbe potuto sottrarsi dall'operare una scelta precisa: recepire sul piano normativo la nuova logica contraria alle istituzioni assistenziali e al meccanismo della segregazione, rifiutando dunque il manicomio, o limitarsi più semplicemente ad una riforma interna al vecchio sistema, magari sul modello del settore francese, che – non guasta ricordarlo – godeva di grandi consensi proprio tra le fila del Partito Comunista. Per chi aveva imboccato la strada senza compromessi della lotta al manicomio, scrivere e raccontare la propria esperienza diventava quindi, in quel quadro, anche un modo per provare ad orientare le future decisioni politiche in materia di sanità e psichiatria, rivendicando una sorta di primato storico e culturale non solo verso le istanze reazionarie e manicomialiste ancora presenti a vari livelli nel tessuto psichiatrico nazionale ma pure nei confronti delle opzioni di cambiamento, come appunto il settore, ritenute non a torto meno radicali.

Si spiega anche così la pubblicazione, nel 1975, de *I tetti rossi*[2], un saggio di microsociologia, peraltro non privo di affinità con il più celebre *Asylum* di Erwing Goffman, curato dall'amministrazione provinciale di Arezzo e dedicato all'analisi delle trasformazioni che a partire dal luglio del 1971 avevano consentito la graduale apertura del manicomio cittadino sotto la guida dell'ex "goriziano" Agostino Pirella; o quella, coeva, di *Se il barbone beve*[3], in cui Giovanni Braidi e Bruno Fontanesi ricostruivano, nella forma di una raccolta documentaria ragionata, l'affermarsi di una «linea politica alternativa alle istituzioni totali» nella provincia di Parma. Due approcci tanto distanti tra loro per metodo e contenuti riflettevano in realtà la diversa natura delle esperienze indagate. Ad Arezzo le innovazioni avevano infatti interessato, almeno fino al 1974, soltanto l'interno dell'istituzione manicomiale e – circostanza ancor più rilevante – si erano realizzate grazie ad un'armoniosa collaborazione tra la Provincia e la direzione ospedaliera. A Parma viceversa la spinta al cambiamento si era propagata dal basso verso l'alto ed aveva poi seguito

[2] Amministrazione provinciale di Arezzo, *I tetti rossi*, Tipografia Sociale, Arezzo 1975.

[3] G. Braidi, B. Fontanesi, *Se il barbone beve: cronache e documenti di un'esperienza psichiatrica a Parma*, Libreria Feltrinelli, Parma 1975.

un percorso niente affatto lineare, finendo per rivolgersi più che altro all'esterno dell'ospedale, agli istituti di ricovero per bambini handicappati, alle classi differenziali e speciali, ai brefotrofi. Per la verità una contestazione al manicomio c'era stata ed era avvenuta con modalità simili a quelle che avevano caratterizzato gli eventi torinesi: l'Associazione per la lotta contro le malattie mentali aveva infatti organizzato una mostra fotografica di sensibilizzazione, cui aveva fatto seguito, nel febbraio del 1969, una lunga e travagliata occupazione dei locali ospedalieri da parte dei giovani del movimento studentesco. Ma la situazione si era poi normalizzata in breve tempo. In mancanza del necessario sostegno politico all'interno della giunta provinciale comunista, neppure l'arrivo di Basaglia – nominato direttore sanitario di Colorno alla fine del 1969 – era servita a ridare slancio a quelle iniziative. Tant'è che lo stesso psichiatra veneziano aveva poi preferito spostarsi a Trieste, dove per i sei anni successivi l'amministrazione democristiana guidata da Michele Zanetti gli avrebbe consentito di lavorare con l'autonomia e la libertà di movimento che non gli erano state concesse nella rossa Parma.

Che le lotte anti-istituzionali di quel periodo presentassero marcate specificità locali era comunque un fatto noto ben prima che i libri su Parma e Arezzo fossero dati alle stampe. D'altronde era ormai da qualche anno che sui "Fogli di Informazione" comparivano periodicamente i resoconti delle riunioni nelle quali psichiatri e operatori vicini a Basaglia facevano il punto sulle proprie esperienze, discutendone limiti, ritardi e possibili sviluppi. La difficoltà nel reperire fonti ancora molto dispersive, parziali e frammentarie aveva però ostacolato la realizzazione di ricerche più sistematiche, capaci di offrire al lettore una puntuale visione d'insieme di quei fenomeni. Non a caso per tutti gli anni Settanta il solo lavoro di quel genere rimase *La nuova psichiatria in Italia*[4], in cui Alberto Manacorda proponeva, ricorrendo a documenti amministrativi, testimonianze e articoli tratti da periodici e quotidiani, una cronistoria dettagliata delle iniziative in corso a Trieste, Perugia, Arezzo, Ferrara, Napoli, Reggio Emilia, Gorizia, Parma, Modena e Nocera Superiore. Questo non vuol dire – beninteso – che anche altrove non si effettuassero significative azioni di contrasto alle istituzioni chiuse. Al riguardo basterà ricordare l'impegno profuso dal Movimento di cooperazione educativa torinese per il superamento delle classi speciali e differenziali. Né che in quelle città le innovazioni non fosse soggette a resistenze e ostacoli di varia natura: com'era accaduto ad esempio a Gorizia, dove per i sempre più frequenti attriti con l'amministrazione provinciale, che si opponeva alla creazione dei centri territoriali di cura programmati già dal 1964, la storica équipe di Basaglia, allora diretta da Domenico Casagrande, era stata indotta a rassegnare in blocco le dimissioni nell'ottobre del 1972.

[4] A. Manacorda, *La nuova psichiatria in Italia*, Feltrinelli economica, Milano 1977.

Lotte anti-istituzionali al Sud e in Campania

Se si esclude l'opera di liberalizzazione interna compiuta sul modello goriziano dal gruppo di lavoro di Mario Scarcella nel manicomio di Reggio Calabria a partire dal 1973, il panorama meridionale si distingueva per l'assoluta assenza di lotte anti-istituzionali paragonabili a quelle che stavano investendo alcune province del centro e del nord nello stesso periodo. Proprio gli ospedali psichiatrici restavano anzi il fulcro di un comparto assistenziale arretrato, dominato da interessi privati in forte espansione e nel quale i pochi presidi territoriali esistenti – perlopiù centri di igiene mentale – non riuscivano a operare alcun filtro effettivo ai ricoveri in manicomio. A Palermo gli anni Settanta avevano addirittura fatto registrare un incremento degli istituti segreganti: alle soglie della riforma ce n'erano non meno di duecento rivolti alla sola popolazione minorile – per handicappati, spastici, disadattati, illegittimi, orfani, figli di carcerati, ecc. – senza contare i cinque ospedali per infermi di mente ancora in fase di costruzione in Sicilia all'inizio del 1978 e capaci in totale di circa duemila e cinquecento posti letto[5]. La situazione non era peraltro destinata a mutare nel breve periodo, tanto che ancora nel marzo del1980 Pierluigi Adamo, nel suo intervento al congresso di Maratea sullo stato di attuazione della legge 180 nel Mezzogiorno, non avrebbe potuto fare a meno di segnalare, tra le peculiarità dell'assistenza psichiatrica in quelle aree del Paese, il «persistere della logica istituzionale», di cui erano sintomi «l'arretratezza e la fatiscenza delle strutture», in particolare degli enormi manicomi consortili come quello di Nocera Inferiore, le condizioni di vita «subumane» dei pazienti e la «mancanza di servizi socio-sanitari sul territorio»[6].

Quantunque ricorresse con una certa regolarità in tutti i dibattiti dell'epoca sulla psichiatria meridionale, la questione dell'arretratezza quasi mai fu oggetto di ricerche approfondite, in grado di analizzarne cause e implicazioni senza fermarsi ad un atteggiamento di generica denuncia. Persino il breve saggio presentato da Angelo Barbato e Domenico De Salvia[7] al primo Seminario internazionale di studi su sviluppo e sottosviluppo nelle aree periferiche della Comunità economica euro-

[5] Cfr. S. Adragna, E. Vicari, *Ipotesi di programmazione dell'assistenza psichiatrica nella regione siciliana*, in "Il Pisani", Palermo 1977; N. Calderaro, A. Di Prima, A. La Marca, G. Malara, V. Petruzzellis, *L'assistenza psichiatrica a Palermo: considerazioni critiche e proposte*, in "Il Pisani", Palermo 1978; V. Terrana, *La Sicilia e le organizzazioni sanitarie psichiatriche*, in "Il Pisani", Palermo 1978.

[6] Cfr. P. Adamo, *Sud, manicomio e 180*, in "Il Pisani", Palermo, 1980. E anche AA.VV. *La riforma psichiatrica del 1978 e il Meridione d'Italia*, Il pensiero scientifico editore, Roma 1983.

[7] A. Barbato, D. De Salvia, *Questione psichiatrica e Mezzogiorno tra sviluppo e sottosviluppo*, in F. Amoroso (a cura di), *Documenti del primo seminario internazionale di studi su sviluppo e sottosviluppo nelle aree periferiche della comunità economica europea*, STASS, Palermo 1978, pp. 121-140.

pea, tenutosi dal 2 al 7 aprile del '77 ad Erice, in Sicilia, malgrado alla descrizione dei fenomeni abbinasse un più intenso sforzo interpretativo, non andava oltre l'enunciazione meccanica di una tesi precostituita, secondo cui il ritardo accumulato dal Mezzogiorno nell'assistenza psichiatrica era del tutto funzionale al maggiore sviluppo conseguito dal Nord in quello stesso settore. Quanto poi agli appunti del viaggio compiuto da Aldo Rosselli nei manicomi di Lecce, Palermo, Nocera Inferiore e Girifalco, confluiti nel volume del 1977 *Psichiatria e Antipsichiatria nel Sud*[8], va detto che anche da essi non scaturiva altro se non una sorta di istantanea fotografica, sia pure arricchita da aneddoti e notazioni storiche, della vita interna a quelle strutture. Si trattava comunque di una testimonianza non priva di interesse, poiché metteva in luce situazioni di degrado senza dubbio già conosciute ma che in poche occasioni era stato possibile divulgare anche ad un vasto pubblico di non addetti ai lavori.

Ben più vivace era invece lo scenario campano, dove la contestazione colpì già alla fine degli anni Sessanta il Materdomini di Nocera Superiore, un ospedale privato che accoglieva malati provenienti in prevalenza da Napoli, Avellino e Nuoro, pur trovandosi esso in provincia di Salerno. La sua sostanziale impenetrabilità al mondo esterno – appena scalfita di tanto in tanto dalle ispezioni della commissione ministeriale di vigilanza – aveva contribuito a rendere ancor più dure le condizioni di vita dei degenti, cui era garantito il minimo per sopravvivere, permettendo nello stesso tempo alla proprietà di ignorare sistematicamente i diritti sindacali degli infermieri, costretti a lavorare con turni massacranti e salari al di sotto della media. Eppure nel 1968 quel vecchio manicomio a gestione familiare divenne sede di una delle prime comunità terapeutiche italiane: la guidava il direttore sanitario Sergio Piro e vi collaboravano psicologi, sociologi e alcuni studenti universitari volontari, circostanza non irrilevante se si considera che la cattedra di neuropsichiatria dell'Università di Napoli rappresentava all'epoca una vera e propria roccaforte dell'organicismo più ortodosso. Sul piano concreto la sperimentazione seguì grosso modo l'insegnamento goriziano: furono aboliti i mezzi di contenzione, le assemblee e le varie commissioni interne formate dai ricoverati assunsero poteri prima di competenza medica – ad esempio quello di decidere il trasferimento di un paziente da un reparto all'altro – vennero concessi permessi d'uscita in orari prestabiliti e organizzate attività ricreative e socializzanti di tipo artistico, teatrale e cinematografico. Ma la reazione delle forze conservatrici non si fece attendere e quella che già di per sé costituiva a tutti gli effetti una piccola minoranza si trovò ben presto a lavorare nel più completo isolamento. L'amministrazione ospedaliera era infatti impegnata a difendere pervicacemente le sue tradizionali prerogative di governo e mal

[8] A. Rosselli, *Psichiatria e antipsichiatria nel Sud*, Lerici, Cosenza, 1977.

sopportava la presenza di operatori volontari all'interno della struttura. Il personale religioso dal canto suo non perdeva occasione per denunciare episodi di presunta promiscuità sessuale tra i membri della neonata comunità terapeutica. Per non dire poi della strisciante resistenza esercitata all'esterno da alcuni settori della democrazia cristiana locale, cui quell'iniziativa di sinistra doveva forse apparire, non senza un pizzico di esagerazione, potenzialmente gravida di conseguenze sovversive. Sta di fatto che nel febbraio del 1969 Piro venne licenziato in tronco e a nulla valsero la successiva protesta sindacale e la pur battagliera campagna giornalistica contro quel provvedimento. Fu tuttavia una vittoria soltanto parziale e dagli effetti temporanei perché nel 1973, dopo due interminabili scioperi del personale infermieristico e dopo la pubblicazione di un Libro bianco di denuncia da parte dei sindacati di categoria, il Materdomini venne sottratto alla vecchia proprietà, trasformato in ente di diritto pubblico e affidato alla provincia di Avellino.

Intanto sempre nel 1973 Piro era andato a dirigere una delle cinque unità ospedaliere in cui l'amministrazione provinciale di Napoli aveva suddiviso il Leonardo Bianchi in ottemperanza a quanto previsto dalla legge Mariotti del 1968, trovandovi però una situazione se possibile ancor più compromessa di quella che aveva dovuto affrontare a Nocera Superiore sette anni prima. Il manicomio napoletano versava infatti in condizioni drammatiche di fatiscenza strutturale e di sovraffollamento: basti pensare che i suoi reparti ospitavano all'epoca oltre tremila malati, perlopiù lungodegenti istituzionalizzati e regrediti, stipati in ambienti angusti e insalubri e abbandonati a sé stessi, senza alcun tipo di assistenza medica che non si limitasse alla massiccia e indiscriminata somministrazione di psicofarmaci. Per di più la sua organizzazione interna arcaica e clientelare pesava come un macigno sul processo di apertura che l'équipe di Piro era riuscita alla fine ad avviare pur tra mille difficoltà, alimentando nel personale sanitario e amministrativo profonde diffidenze verso un'esperienza che metteva improvvisamente in crisi regole e consuetudini radicate da anni. Così, complice anche un atteggiamento ben poco accondiscendente dei sindacati di base verso le nuove proposte, alla prima occasione l'esperimento comunitario in corso al Bianchi fu trasferito al Frullone, uno dei tanti ospedali psichiatrici frettolosamente edificati in Italia tra gli anni Cinquanta e Sessanta e che nelle intenzioni delle province avrebbero dovuto funzionare da valvola di sfogo per le vecchie strutture, all'epoca già enormemente sovrappopolate. Nel passaggio da una sede all'altra gli operatori di formazione psicoanalitica lasciarono il gruppo di lavoro, a cui aderirono però forze fresche provenienti dal mondo universitario. E proprio da due studenti di medicina appena entrati a far parte dell'équipe nasceva, nel 1976, l'idea di ricostruire la storia delle lotte anti-manicomiali in Campania a partire dalle ormai lontane vicende del Materdomini.

Il libro, uscito nel novembre del 1978 e intitolato *Al di là del manicomio*[9], rispondeva senza dubbio a un bisogno personale di conoscenza dei suoi giovani autori ma nello stesso tempo era anche espressione di una strategia comunicativa di più ampio respiro, volta a spezzare l'isolamento nel quale si era da sempre trovato a dover operare il nucleo di psichiatri e infermieri riunito attorno a Piro. Non va infatti dimenticato che a differenza di altre realtà locali dove il rinnovamento aveva investito un'intera provincia, come ad esempio ad Arezzo e Trieste, a Napoli – ma più in generale in tutta la Campania – le esperienze alternative non avevano potuto incidere se non in modo parziale e incompleto sull'organizzazione complessiva dei servizi psichiatrici. E questo per diverse ragioni: in primo luogo per le dimensioni elefantiache e la particolare arretratezza dell'apparato manicomiale; ma poi anche per le resistenze esercitate più o meno esplicitamente dalle associazioni mediche ufficiali come la potente e paludata Società italiana di psichiatria; per non dire infine del sostegno politico mai davvero convinto offerto dalle varie giunte succedutesi al governo della provincia, anche dopo il 1975. In una condizione tanto minoritaria non poteva non rivelarsi cruciale la capacità di stabilire continuamente nuove relazioni anche al di fuori degli ospedali, di reclutare medici giovani e disponibili al cambiamento, di ricercare ogni possibile alleanza con i settori più dinamici e aperti della società civile, in altre parole di rafforzarsi pubblicizzando al massimo il proprio lavoro. Obiettivi che Piro aveva da sempre perseguito con determinazione, facendosi promotore di dibattiti, tavole rotonde e convegni, concedendo interviste alla stampa, organizzando mostre fotografiche e appunto pubblicando o favorendo la pubblicazione di scritti di taglio storico. Quello uscito nel 1978, di cui peraltro aveva curato una lunga e documentata prefazione, resta ad oggi un volume fondamentale per chi volesse affrontare con gli strumenti dell'indagine storiografica la spinosa questione delle lotte contro il manicomio in Campania, sia per i numerosi spunti comparativi che se ne possono ricavare, sia perché i fatti in esso narrati sono spiegati anche alla luce di alcuni snodi cruciali della storia nazionale di quel periodo. Mi riferisco ad esempio alle enormi aspettative suscitate negli operatori psichiatrici di orientamento democratico dall'affermazione del Partito Comunista alle elezioni amministrative del 1975 e a quelle politiche dell'anno successivo, che sembrava poter fornire finalmente il supporto necessario a tramutare in una proposta di cambiamento organica e unitaria quella che fino ad allora era stata più che altro una costellazione di pratiche riformatrici spontanee e disarticolate, ancorché accomunate da una medesima matrice culturale e ideologica. Aspettative poi però rese vane dall'atteggiamento esitante di una giunta provinciale mai del tutto in

[9] L. Baldascini, F. Chiatto, *Al di là del manicomio, lotte ed esperienze psichiatriche alternative in Campania e a Napoli*, Idelson, Napoli 1978.

grado di contrapporsi alle incrostazioni clientelari e agli interessi corporativi che a Napoli forse più di altrove contrassegnavano da tempo la gestione tradizionale della sanità pubblica.

Contro i "tecnocrati" del settore

L'espressione "politica di settore" cominciò a circolare negli ambienti psichiatrici italiani all'inizio degli anni Sessanta, prima in occasione di un incontro sul tema promosso nel gennaio del 1963 dalla sezione toscana dell'AMOPI e poi nell'ambito di due grandi convegni nazionali, quello di "Psichiatria sociale", svoltosi nel 1964 a Bologna, e quello dedicato alle "Realizzazioni e prospettive in materia di organizzazione unitaria dei servizi", che si tenne a Varese l'anno successivo. Non è il caso di riprendere qui concetti già ampiamente discussi nei paragrafi precedenti: sarà sufficiente ricordare che la dottrina settoriale proponeva in sintesi di costituire nei manicomi tante unità minori collegate ognuna ad una porzione di territorio prestabilita e di affidarne poi la gestione a singole équipe multidisciplinari che avrebbero dovuto operare anche all'esterno dell'ospedale, occupandosi così del processo terapeutico nella sua globalità, dalla prevenzione alla cura fino a quelle che oggi chiameremmo attività riabilitative. Malgrado proprio la sua vocazione territoriale suscitasse in quel periodo i timori di chi vi vedeva un'implicita svalorizzazione del manicomio tradizionale, tra il 1964 e il 1965 il settore cominciò ad essere messo in pratica con alterne fortune a Varese, su impulso di Edoardo Balduzzi, e a Padova, dove la sperimentazione coinvolse però una popolazione di soli 30 mila abitanti, equamente distribuiti tra un'area urbana e un'area extraurbana corrispondente al Comune di Albignasego. Intanto nel 1965 anche la giunta milanese di centro-sinistra aveva predisposto un piano di ristrutturazione assistenziale che prevedeva di assegnare ai cinque ospedali psichiatrici provinciali – tre a gestione diretta e due in regime di convenzione – la responsabilità sanitaria di altrettante macro-zone appositamente costituite. Per la verità quel piano doveva poi rimanere lettera morta fino al 1967, quando finalmente avrebbe preso avvio un'esperienza pilota nell'ex cronicario femminile di Parabiago, che accoglieva allora circa quattrocento malate suddivise in quattro grandi reparti per autonome, epilettiche, sudice e acute.

Contrariamente a quanto potrebbe far pensare la contemporanea diffusione delle pratiche anti-istituzionali, nel corso degli anni Settanta la dottrina settoriale non cessò di destare interesse, grazie anche ai consensi di cui essa ancora godeva nel mondo politico e in particolare tra le fila del Partito Comunista. Nel 1972 persino la Società italiana di psichiatria, che al riguardo non aveva mai assunto alcuna posizione ufficiale, preferendo anzi schierarsi quasi sempre a tutela dell'ordine costituito, aveva pubblicato un documento a cura del consiglio direttivo in cui si

sosteneva la necessità di trasformare i reparti dei manicomi in divisioni specialistiche da circa cento posti letto ciascuna e di assegnare quindi ognuna di esse ad altrettante aree geografiche di dimensioni variabili. A quasi un decennio di distanza dal convegno bolognese la settorializzazione dei servizi era insomma un'opzione più che mai attuale, come testimoniavano peraltro le iniziative allora in pieno svolgimento a Torino, Vercelli e Firenze, nonché la legge approvata dalla Regione Lombardia nel settembre del 1974, il cui impianto generale ricalcava grosso modo i contenuti del documento programmatico redatto dalla SIP due anni prima, con la differenza che le divisioni specialistiche erano ora collocate non più negli ospedali psichiatrici ma in quelli generali.

La politica del settore aveva da sempre anche i suoi detrattori. Ma se in un primo momento a criticarla erano stati essenzialmente i medici di orientamento conservatore, con l'approssimarsi della riforma sanitaria, quando ormai era chiaro a tutti gli attori in gioco che in un modo o nell'altro il manicomio tradizionale sarebbe stato superato, il suo più instancabile avversario divenne la giovane Psichiatria Democratica. Il punto centrale della contesa riguardava il futuro dell'assistenza e più precisamente il ruolo che vi avrebbero giocato le strutture di ricovero. Le componenti del mondo psichiatrico vicine a Basaglia erano infatti contrarie a qualsiasi forma di istituzionalizzazione e in alternativa proponevano di accogliere i malati di mente – soluzione che in ogni caso avrebbe dovuto rappresentare sempre l'*extrema ratio* – in letti "tecnici" individuali distribuiti nelle varie sezioni degli ospedali civili. Dall'altra parte invece, benché le opinioni al riguardo fossero molteplici e spesso discordi tra loro, quella delle divisioni specialistiche appariva ancora una strada tutto sommato praticabile. Ma le divergenze andavano ben oltre quel singolo aspetto della questione, come dimostrava senza possibilità di equivoci un documento approvato nel gennaio del 1976 dalla Segreteria nazionale della CGIL, in cui si auspicava – in accordo con la Federazione nazionale degli enti locali e con Psichiatria Democratica – il definitivo «superamento dei manicomi» e si rifiutava nel contempo tanto il «decentramento» quanto la «settorializzazione» del sistema assistenziale, «per sollecitare invece» diverse «forme di terapia e di riabilitazione» nonché nuovi servizi «non segreganti e non custodialistici», collocati nel territorio e concepiti in modo tale da esaltare «il ruolo di direzione politica delle regioni» e dei comuni nella «gestione tecnica e sociale» del problema psichiatrico.

Ciò che si imputava ai sostenitori del settore era in sostanza di voler mantenere in vita, attraverso un'azione demistificante e di pura facciata, la vecchia logica manicomiale, sia pure sotto vesti più moderne e razionali rispetto al passato. Era quella ad esempio la tesi centrale del pamphlet intitolato *Per una psichiatria alternativa*[10], in cui Domenico De

[10] D. De Salvia, *Per una psichiatria alternativa*, Feltrinelli, Milano 1977.

Salvia scriveva: «se andiamo a esaminare quale sia attualmente lo stato [...] dell'assistenza [...] in Italia, non si può non restare [...] preoccupati. La situazione sembra essere dominata da due tendenze [...]: mentre nel Sud si assiste infatti a un impegno di vaste proporzioni teso alla costruzione, ricostruzione e programmazione di ospedali psichiatrici, nel Nord del paese sta prendendo piede la linea della settorizzazione [...]. Eppure queste due tendenze non esprimono [...] operazioni di differente natura e significato; in modo esplicito la prima, in modo sottile e subdolo la seconda, esse [...] costituiscono aspetti diversi di un unico progetto»[11]. E ancora: «affermiamo quindi che il settore costituisce oggi il nuovo vestito della psichiatria dominante, configurandosi [...] come tipica ideologia di ricambio, ossia come tentativo di rinnovata risposta istituzionale alle esigenze di controllo e di esclusione della nostra società»[12]. Non meno impietoso era poi il giudizio sulle tre iniziative concrete (Padova, Torino e Varese) analizzate nel libro, che secondo l'autore non solo si erano dimostrate del tutto inadeguate a stimolare un sia pur minimo rinnovamento dell'ambiente manicomiale ma che anzi avevano finito per trasportare all'esterno degli ospedali i metodi e le tecniche della psichiatria asilare, realizzando così una vera e propria «psichiatrizzazione» del territorio.

Alla ricerca di una continuità

Con la riforma sanitaria del dicembre 1978 – nella quale era confluita la legge 180 approvata nel maggio dello stesso anno – l'interesse di Psichiatria Democratica verso la politica settoriale andò via via scemando. A pensarci bene era stato proprio quel traguardo così tanto atteso a far venir meno le ragioni della polemica: oltre ad abolire definitivamente i manicomi pubblici, il nuovo ordinamento aveva infatti inserito a tutti gli effetti l'assistenza psichiatrica nel neonato Servizio sanitario nazionale, affidandone la gestione alle USL. Per di più il principio della partecipazione dei cittadini alla «promozione della salute fisica e psichica» della popolazione, sancito dall'articolo 1, rendeva ancor più evidente la sconfitta del settore, che nelle sue realizzazioni effettive si era sempre configurato come un modello verticistico imposto dall'alto e per via burocratica.

Per chi invece aveva sostenuto a vario titolo la validità di quella dottrina negli anni Sessanta e Settanta, il mutamento del quadro legislativo rappresentò l'occasione e lo stimolo per riflettere più approfonditamente sul proprio passato. Nel 1980 usciva ad esempio *Sansalviventanni*[13],

[11] Ivi, p. 23.

[12] Ivi, p. 33.

[13] A. Parrini, *Sansalviventanni, dal manicomio alla psichiatria nella riforma*, Amministrazione provinciale di Firenze, 1980. Per il periodo precedente vedi anche D. Lippi, *San Salvi, storia di un manicomio*, Olschki, Firenze 1996.

un'imponente raccolta documentaria, costituita in gran parte da atti amministrativi, relazioni congressuali e articoli tratti da riviste mediche specializzate, con la quale Alberto Parrini intendeva ripercorre il «cammino della psichiatria fiorentina verso la riforma sanitaria». Pur non essendo di facile lettura, anche per la mancanza di testi esplicativi in grado di funzionare da raccordo tra i singoli documenti presentati, il volume riusciva comunque a descrivere un'esperienza di settore nel suo farsi concreto e da una prospettiva a trecentosessanta gradi, senza cadere in schematismi ideologici o in inutili banalizzazioni, e dedicando anzi grande attenzione a problemi – come quello dei cosiddetti "presidi intermedi" di cura e ricovero – fino ad allora piuttosto sottovalutati ma purtroppo destinati in breve tempo a rivelarsi in tutta la loro dolorosa attualità. Forse non è superfluo sottolineare come le soluzioni sperimentate al riguardo dalla provincia di Firenze – i centri diurni, le case famiglia, i gruppi appartamento o le altre forme di residenzialità più o meno protetta che oggi costituiscono nel loro insieme l'asse portante dei servizi psichiatrici nazionali – dovevano essere adottate con una certa regolarità nella maggior parte delle regioni italiane soltanto a partire dagli anni Novanta, quando il primo Progetto obiettivo sulla "Tutela della salute mentale" sarebbe riuscito finalmente a tramutare i principi enunciati dalla legge 180 in contenuti più circostanziati e precisi. Nel decennio precedente l'assenza di strutture terapeutiche sul territorio aveva però messo a dura prova le famiglie dei malati, costringendole di fatto a mantenere i propri congiunti, provenienti o meno che fossero dai manicomi allora in fase di progressivo svuotamento, all'interno delle mura domestiche, in situazioni che aggiungevano disagio al disagio e che in più di una circostanza avevano poi avuto conseguenze drammatiche. Non per niente proprio in quel periodo era andato affacciandosi sulla scena psichiatrica un associazionismo familiare profondamente ostile alla riforma del '78, ritenuta il frutto di un approccio ideologico lontano dai problemi reali e per questo incapace di offrire un'alternativa concreta al vecchio sistema assistenziale fondato sull'internamento dei malati in istituzioni chiuse.

Sarebbe tuttavia riduttivo vedere nel volume di Parrini soltanto un semplice strumento di lavoro utile per ulteriori indagini e approfondimenti sul tema. Con quella pubblicazione la provincia di Firenze cercava infatti di dare legittimità al proprio operato, individuando nell'organizzazione settoriale da essa promossa negli anni Settanta una sorta di anticipazione delle Unità sanitarie locali. Ecco come si esprimeva al riguardo l'assessore Renato Righi: «oggi più che mai ci pare che il travaglio di anni pervenga a un appuntamento, quello della riforma sanitaria: ciò avviene perché l'obiettivo è stato [...] perseguito in ogni momento [...] e con ogni atto compiuto in questa direzione. Si conferma quindi in pieno la validità della linea politica da tempo elaborata e attuata con

gradualità e fermezza [...]. Quella della provincia di Firenze è stata un'esperienza importante [...] e la sua coerenza ha trovato conferma prima nella legge 180 del 1978 e poi nella stessa legge di riforma sanitaria [...]. Siamo infatti in grado di consegnare in modo organico a ciascuna USL della nostra provincia servizi, personale, strutture e assistiti "territorializzati" per iniziative adottate di decentramento articolato».

Come si accennava più sopra, anche la giunta provinciale milanese aveva predisposto, già nel 1966, un programma di ristrutturazione assistenziale improntato ai principi della politica di settore francese. In realtà quel piano, che negli intenti originari avrebbe dovuto interessare tutta la provincia, era stato poi realizzato soltanto nell'ex cronicario femminile di Parabiago, una succursale del manicomio di Mombello convertita in ospedale di zona nel 1968 e intitolata all'inventore italiano dell'elettroshock Ugo Cerletti. L'area geografica di competenza si estendeva ad ovest del capoluogo lombardo, su un territorio di vaste dimensioni delimitato a nord dal comune di Legnano, a sud dal piccolo centro agricolo di Motta Visconti e a ponente dai paesi di Turbigo e Nosate. Oltre ad operare all'interno della struttura, le varie équipe in cui era stato suddiviso il personale effettuavano visite domiciliari e svolgevano attività di carattere ambulatoriale nei presidi di salute mentale appositamente istituiti negli ospedali generali.

Nel corso degli anni Settanta le vicende del Cerletti si erano svolte nell'ombra, lontano dai riflettori di una pubblicistica allora monopolizzata dagli psichiatri di orientamento anti-istituzionale, per i quali la dottrina del settore aveva rappresentato – come si è visto – non certo un argomento di studio spassionato quanto piuttosto il bersaglio di una critica feroce, che talvolta era giunta persino a sfiorare toni da invettiva. Solo nel 1985 i pochi contributi sul tema già disponibili furono raccolti, assieme ad alcuni scritti inediti firmati per l'occasione dagli operatori che avevano prestato servizio a Parabiago, nel volume collettaneo intitolato *I muri cadono adagio*[14]. L'interpretazione "storiografica" suggerita nel capitolo introduttivo dalla sociologa Mara Tognetti Bordogna mirava a stabilire un nesso di continuità – che tuttavia non esisteva se non su un piano meramente materiale – tra i presidi esterni creati al Cerletti e il nuovo assetto dell'assistenza psichiatrica previsto dalla Centottanta. C'era poi la rivendicazione di un primato storico: quello di aver chiuso l'ospedale quando ancora un simile risultato non era stato raggiunto da nessun'altra provincia in Italia: era «ben chiaro fin dall'inizio – scriveva la Bordogna quasi a voler rispondere a distanza di anni a una vecchia obiezione di Basaglia contro il settore – che per realizzare una psichiatria diversa il manicomio andava chiuso, ma solo nel momento in cui fuori [...] esistessero e funzionassero i servizi cosiddetti territoriali»[15].

[14] M. T. Bordogna (a cura di), *I muri cadono adagio, storia dell'ospedale psichiatrico di Parabiago*, Franco Angeli, Milano 1985.

[15] Ivi, p. 16.

Non si sfugge insomma all'impressione che ancora ad anni Ottanta inoltrati il rinnovamento della psichiatria italiana restasse materia di studio per due opposti schieramenti, divisi da contrapposizioni ideologiche apparentemente insanabili e impegnati a contendersi la paternità di una riforma che peraltro si trovava proprio allora al centro di un violento attacco politico. Basti pensare che in quasi tutte le proposte di revisione legislativa presentate in quel periodo dalle forze del pentapartito, spesso sull'onda del malcontento popolare diffuso in specie tra le famiglie dei malati, ricompariva lo spettro del manicomio, anche se con forme e denominazioni diverse rispetto al passato. Eppure la ricerca sembrava nel complesso incapace di allargare i suoi orizzonti, interrogandosi ad esempio sul perché l'enorme patrimonio di idee e di pratiche originato dalle esperienze alternative degli anni Sessanta e Settanta – di qualsiasi segno esse fossero state – faticasse così tanto a tradursi in un paradigma più organico e armonioso, in grado di imporsi come nuovo modello di riferimento per la rete dei servizi psichiatrici a livello nazionale. Va detto che il trascorrere del tempo non avrebbe purtroppo contribuito a far mutare in modo significativo lo scenario di fondo, tanto che ancora nel 1997, in un volumetto sulla storia del manicomio di Pesaro, uno dei primi in Italia ad essere ristrutturato su basi settoriali, si potevano leggere comparazioni di questo tenore: «a Gorizia, nella scia oltranzista delle ideologie antipsichiatriche inglesi, si nega l'istituzione manicomiale fino ad abolirla del tutto, si nega la stessa psichiatria come scienza [...], si nega il potere dello psichiatra sul paziente [...]. Si arriva così ad un'interpretazione molto esagerata e discutibile di tipo socio-politico»[16]; a Pesaro invece «si è perfezionata l'organizzazione a settore e dal '73, sotto la direzione di Carlo Ferrari, si è proceduto con concretezza e con realismo alla luce dei dati clinici e statistici»[17]. Si comprende così con più precisione pure il giudizio espresso da Matteo Fiorani in una sua recente indagine bibliografica: «scorrendo i lavori pubblicati dal 1991 in poi, emerge la difficoltà nell'emanciparsi dall'imprinting dato alla storia della psichiatria dalla stagione dei movimenti. Il dibattito pubblico è in larga parte pervaso dall'ideologismo di allora; ancora cristallizzato sulla divisione tra psichiatria e anti-psichiatria, fra liberatori e oppressori, fra approccio biologico e sociale»[18].

Memorie

Di fronte a una congiuntura storica in cui l'entusiasmo e la voglia di cambiare del recente passato parevano ormai aver ceduto il passo al di-

[16] L. M. Bianchini, B. Riboli, A. Tornati, *Breve storia del manicomio San Benedetto di Pesaro, dalla fondazione alla istituzione del dipartimento di salute mentale*, Comune e Provincia di Pesaro, 1997, p. 56.

[17] Ivi, p. 58.

[18] M. Fiorani, *Bibliografia di storia della psichiatria italiana*, Firenze University Press, Firenze 2010, p. 13.

sorientamento e alla frustrazione per le difficoltà di rendere effettiva una riforma che aveva alimentato così tante aspettative, era ancora sensato continuare a riproporre le consuete letture celebrative «degli anni eroici delle speranze e dell'impegno»? Non si rischiava forse di giungere così a constatarne il fallimento? Era quello l'interrogativo di fondo da cui muoveva un'indagine con la quale Franca Ongaro Basaglia, su incarico di Mario Tommasini – all'epoca assessore alla sicurezza sociale per il comune di Parma – cercava di ricostruire «quanto era stato fatto» in quella città «in quasi vent'anni di lavoro e di lotta all'emarginazione». «Mi pareva – si legge nella prefazione – fossero ormai passati i tempi dell'esaltazione delle esperienze di avanguardia, dal momento che l'avvio della riforma psichiatrica e sanitaria nel suo complesso aveva modificato il terreno stesso [...] delle esigenze e dei diritti della popolazione. Non si trattava più di propagandare la validità di un'ipotesi che riteneva possibile l'eliminazione del manicomio e degli istituti segreganti»[19]. In un quadro del genere si dovevano piuttosto ripercorrere «gli ostacoli, i limiti, gli errori, le inadempienze, le incomprensioni» che avevano contribuito a smorzare – in certi casi ad arrestare del tutto – quel grande mutamento culturale. «Poteva risultarne un documento utile per tutte le esperienze che, dopo la riforma, si andavano faticosamente avviando sul territorio nazionale e che incontravano ovunque gli stessi ostacoli e partivano dalle stesse incomprensioni e dagli stessi errori»[20].

E in effetti la vicenda parmigiana ben si prestava ad un'analisi che intendesse allargare il suo sguardo oltre i confini ristretti del manicomio, per tentare magari di cogliere da un'angolatura più ampia un processo di trasformazione sociale certamente non limitato al mondo dell'internamento psichiatrico ma che al contrario aveva interessato tutti i luoghi da sempre deputati alla gestione della marginalità e della devianza, dai brefotrofi alle carceri, dagli ospizi alle classi speciali fino alle scuole per sordi e per ciechi. Il volume testimoniava così, sia pure su scala ridotta, un passaggio decisivo nella storia nazionale di quel periodo e cioè il graduale ma inarrestabile sgretolarsi delle istituzioni chiuse e delle culture scientifiche che ne avevano legittimato l'esistenza. Il tutto senza tralasciare le questioni che quell'epocale rovesciamento di prospettiva aveva aperto, in primo luogo la necessità di costruire un'alternativa concreta e condivisa al vecchio sistema assistenziale. E senza lasciarsi andare a troppo facili trionfalismi o peggio ancora a semplificazioni ideologiche. Sono emblematiche al riguardo le considerazioni proposte nel libro circa l'impreparazione del PCI a recepire e a difendere fino in fondo le innovazioni in atto: «la cosa mi risultò chiara – raccontava Mario Tommasini – quando nel 1969 Basaglia giunse a Parma, dove non si può certo dire che l'amministrazione provinciale di sinistra l'ab-

19 F. O. Basaglia, *Vita e carriera di Mario Tommasini* cit., pp. XIII-XIV.

20 Ivi, p. XV.

bia appoggiato e sostenuto, anche se non ci furono resistenze esplicite alla sua venuta. E Basaglia se ne andò, una volta realizzato che più di tanto a Colorno non si sarebbe riusciti a fare perché mancava una reale volontà di cambiamento che implicava, da parte dell'amministrazione e quindi del Partito Comunista, la messa in discussione della burocrazia, del sindacato e degli interessi che l'una e l'altro tutelavano ai danni del malato. Di fatto l'amministrazione non si è mai confrontata sul lavoro, sulla politica culturale di Basaglia. Si occupava, lamentandosene, della sua gestione. Si consumavano troppe lenzuola perché [i malati] si cambiavano e si lavavano spesso (cosa che ovviamente prima non succedeva); Basaglia faceva troppe telefonate perché era in contatto con mezzo mondo; ma soprattutto in ospedale c'era troppa confusione, troppo andirivieni di giovani e ragazzi che lavoravano volontariamente, attratti da quel nuovo modo di vivere i rapporti, e che risultava difficile da controllare e contenere. Queste erano le preoccupazioni reali dei politici che, a parole, si erano impegnati a sostenere il cambiamento radicale del manicomio e della psichiatria»[21]. E più avanti: «all'interno del PCI si guardava ancora con grande diffidenza a questo modo nuovo di affrontare il problema del manicomio: Basaglia e [...] Gorizia, di cui ormai tanto si parlava, erano considerati come qualcosa di velleitario e un po' confuso. Cos'era questo mettere in discussione il manicomio e la psichiatria? Sì, certo, gli eccessi di violenza dovevano essere evitati ma la scienza era scienza e così anche la malattia. In quegli anni la cultura del PCI non fu sfiorata dai significati politici di questa lotta. Eppure Giovanni Berlinguer e Franco Ferri erano stati a Gorizia a vedere di persona, ma quanto videro e capirono non si travasò nel senso comune del partito, degli amministratori, dei lavoratori»[22].

Non deve dunque sorprendere che il volume – scritto da Franca Ongaro ma basato in gran parte sulle testimonianze di Tommasini – benché già pronto all'inizio degli anni Ottanta, fosse dato alle stampe soltanto a distanza di un decennio: «la mia ambizione – raccontava al riguardo l'autrice in una breve nota – era di pubblicarlo presso gli Editori Riuniti, come apertura di un discorso critico all'interno del Partito Comunista [...]. Lo presentai una prima volta nel 1984. Ne discutemmo a lungo con l'allora direttore editoriale che sembrava particolarmente interessato. Ricevetti invece una sua lettera in cui, nonostante riconoscesse l'utilità e la vivacità del testo, si rammaricava di non poterlo pubblicare prima del 1987, data che allora mi parve molto lontana, soprattutto perché la formula del rifiuto, pur ingentilita, risultava esplicita. Su sollecitazione di amici che avevano letto e apprezzato il testo, lo ripresentai al successivo direttore che si diceva più aperto a questo tipo di problemi, ma non

[21] F. O. Basaglia, *Vita e carriera di Mario Tommasini* cit., p. 14.

[22] Ivi, p. 16.

ricevetti un rigo di risposta»[23]. Alla fine *Vita e carriera di Mario Tommasini burocrate proprio scomodo narrate da lui medesimo* riuscì a vedere la luce. Era il febbraio del 1991. Ma dal 3 di quel mese il PCI non esisteva più: ora la falce e il martello giacevano all'ombra della quercia, simbolo di una nuova formazione politica, il Partito Democratico della Sinistra.

Da allora dovevano trascorrere ben dodici anni perché venisse pubblicato un secondo volume di memorie, *La scopa meravigliante*[24], dedicato questa volta alla "preparazione della riforma psichiatrica a Ferrara" e scritto con passione e sapienza dall'ex collega di Basaglia Antonio Slavich, che nella città degli Este aveva diretto dal 1971 il neonato Centro di igiene mentale, un servizio espressamente voluto dalla provincia e istituito per fare da contrappeso allo storico manicomio di via della Ghiara, da sempre unico e incontrastato monopolista nella "cura" ai malati di mente di quel territorio. Per l'ampiezza delle iniziative intraprese e per le conquiste ottenute sul campo la vicenda collettiva rievocata nel libro mostrava non poche analogie con quanto era accaduto nello stesso periodo a Parma. Anche a Ferrara infatti le azioni più incisive erano state compiute al di là delle mura ospedaliere, nelle scuole, nei convitti per minori abbandonati, tra gli operai delle fabbriche. La struttura manicomiale aveva cominciato ad aprirsi soltanto a partire dal 1975, quando il direttore Gino Andreani, richiesto e subito ottenuto il pensionamento anticipato, era stato sostituito in quel ruolo proprio dal suo vecchio "avversario" Slavich. A cambiare era però il tono del racconto, che a tratti ritornava a farsi celebrativo, condizionato com'era dal bisogno dell'autore di «fare opposizione politica», invitando a riflettere – così è scritto nel capitolo introduttivo – «sulla lezione degli anni Settanta, grande stagione di battaglie civili vinte e di riforme [...] che riuscivano a diventare realtà»[25]. Tanto più in un momento in cui sembrava profilarsi una «vera mutazione delle regole democratiche»: «avevamo ritenuto per cinquant'anni – continuava al riguardo Slavich – che i numeri di una maggioranza parlamentare avessero l'orizzonte, al più, di un quinquennio e che fosse necessaria almeno qualche verifica prima di porre mano a riforme che soddisfano soltanto l'interesse e la sicurezza di chi le vuole e negano, respingendoli indietro di decenni, valori [e] diritti [...] consolidati. A colpi di maggioranza pretendono di cambiare la Costituzione, lo Statuto dei diritti dei lavoratori, l'unitarietà della Repubblica: figurarsi se non cercheranno di far valere i loro numeri per negare i diritti di cittadinanza e di cura dei malati di mente. Puntualmente nel 2002 forzisti e leghisti ci avevano già provato, unificando il loro pensiero per presentare un

[23] F. O. Basaglia, *Vita e carriera di Mario Tommasini* cit., p. IX.

[24] A. Slavich, La *scopa meravigliante, preparativi per la legge 180 a Ferrara e dintorni*, Editori Riuniti, Roma 2003.

[25] Ivi, p. 7.

disegno di legge di controriforma illiberale, interessato, inemendabile tanto era impresentabile: si è quasi subito arenato nel limbo dei disegni abortiti in Commissione, per il forte disgusto suscitato in qualsiasi sede di consultazione. Anche questo libro vuole essere una piccola pietra nella diga che tutti dovremo costruire per bloccare l'eventuale ripresa di quell'iter parlamentare»[26].

Immagini

Nel 1877 usciva il primo tomo dell'*Iconographie photographique de la Salpêtrière*[27], il grande ospedale psichiatrico parigino sorto alla metà del diciassettesimo secolo sulle ceneri di una ex fabbrica di polvere da sparo – doveva appunto il suo nome al salpêtre, ossia al salnitro – e che all'epoca rappresentava un centro all'avanguardia per le ricerche sulle malattie nervose, frequentato da medici illustri e da giovani studenti provenienti da tutta Europa. Le fotografie raccolte nel libro, di cui in seguito sarebbero stati pubblicati altri due volumi, immortalavano l'insorgere e il successivo decorso dell'attacco isterico, patologia individuata – ma si potrebbe forse dire inventata[28] – dal celebre neurologo Jean Martin Charcot, che proprio in quegli anni ne aveva classificato i sintomi e descritto le varie fasi, distinguendola per la prima volta dall'epilessia e dalle paralisi a base organica. Quelle immagini scenografiche di donne in preda all'estasi o al delirio melanconico, catatoniche, in stato di letargia o ritratte in atteggiamenti "passionali", avvaloravano così la scoperta di una nuova entità nosografica – l'isteria appunto – imponendosi nello stesso tempo come insostituibile strumento diagnostico e didattico, con funzioni che si pensavano e si volevano del tutto simili a quelle eserciate dall'anatomia patologica nei confronti della medicina generale e della chirurgia.

Già attorno al 1850 Hugh Welch Diamond, futuro fondatore della Royal Photographic Society, aveva allestito un gabinetto fotografico all'interno del Surrey Lunatic Asylum di Springfield, vicino a Londra, di cui era allora sovrintendente per i dipartimenti femminili. L'esempio inglese fu poi seguito anche in Italia a partire dall'ultimo quarto del secolo, più o meno contemporaneamente nel manicomio di Aversa, al San Servolo di Venezia[29] e al San Lazzaro di Reggio Emilia, dove dal

[26] *Ibidem*.

[27] Bourneville, P. Regnard, *Iconographie photographique de la Salpêtrière*, Delahaye & C., 1876-1880.

[28] Cfr. G. Didi-Huberman, *L'Invention de l'hystérie: Charcot et l'iconographie photographique de la Salpêtrière*, Macula, Paris, 1982. Trad. it. R. Panattoni, G. Solla (a cura di), *L'invenzione dell'isteria: Charcot e l'iconografia fotografica della Salpêtrière*, Marietti 1820, Genova Milano 2008.

[29] L'archivio fotografico è consultabile on line all'indirizzo www.fondazionesanservolo.it.

1878, su incarico del direttore Augusto Tamburini, il copista e guardarobiere Emilio Poli realizzò un accuratissimo censimento iconografico della popolazione ricoverata, costituito perlopiù da ritratti frontali usati a scopo identificativo e di registrazione, in linea con lo spirito della nascente fotografia giudiziaria, o distribuiti dai medici durante lezioni e conferenze come materiale illustrativo[30].

«La scienza saluta con gioia questa bella innovazione», commentava entusiasta dopo una visita al frenocòmio di Reggio il prof. Arrigo Tamassia, cattedratico di medicina legale e assistente di Cesare Lombroso: «qui – aggiungeva – l'espressione ha tutta la spontaneità, non risente nulla di convenzionale o di imposto; talune attività mentali possono essere profondamente eclissate od anche abolite, mentre altre possono relativamente godere d'una certa energia; eccoci quindi davanti ad un vero esperimento fisiologico, offertoci dalla natura, che ci porge l'opportunità di indagare le ragioni ed i rapporti d'una data espressione fisionomica; e poiché ancora certi pazzi, specialmente gli idioti, rappresentano un movimento di regressione della specie, per cui il carattere umano quasi si cancella, si apre la possibilità di vedere scritte sul volto, a caratteri sicuri, le tracce di rimotissimi atavismi. Parimenti il medico legale può [...] prender qualche norma e poggiare più saldamente le linee delle proprie diagnosi»[31]. In realtà Tamassia si riferiva ad una seconda serie di fotografie scattate da Poli, nelle quali i ricoverati, ritratti a mezzobusto o a figura intera, talvolta in coppia o in gruppo, erano colti in pose ritenute tipiche del particolare disturbo psichico che li affliggeva: «eccovi infatti un malato in preda a monomania religiosa colle mani giunte, strettamente confitte al petto, cogli occhi rivolti al cielo, colla fronte dolcemente corrugata, colle labbra semichiuse [...]; ecco l'allucinato, tormentato continuamente da voci minacciose, e da spiriti e demoni che gli ballano davanti una ridda infernale, cogli occhi socchiusi ed immobili, sepolti nelle orbite, [...] coi capelli irti, con ambe le braccia sollevate e tese convulsamente, quasi in atto di respingere l'assalto d'un nemico. Ecco una povera giovane in preda a mania erotica che, rotto ogni ritegno del pudore, scopresi procacemente il seno, mostra capelli [...] arruffati ai lati del volto, bocca sorridente, con occhio [...] ammiccante, quasi invitasse segretamente all'orgia»[32].

Tramontate definitivamente le ipotesi fisiognomiche e frenologiche, nel corso della prima metà del Novecento anche l'uso delle immagini a

[30] Cfr. V. Fornaciari, *Fotografando il manicomio. L'archivio fotografico dell'Istituto psichiatrico San Lazzaro di Reggio Emilia*, in S. Parmiggiani (a cura di), *Il volto della follia. Cent'anni di immagini del dolore*, Skira, Milano 2005.

[31] A. Tamassia, *La fotografia nel nostro manicomio*, in "Gazzetta del frenocomio di Reggio", IV, 1878, pp. 8-12, ripubblicato in S. Parmiggiani (a cura di), *Il volto della follia. Cent'anni di immagini del dolore* cit., p. 104.

[32] Ivi, p. 102.

fini diagnostici e semeiotici conobbe un lento ma inarrestabile declino e l'attenzione si spostò via via dai volti e dai corpi malati alle istituzioni di ricovero, che cominciarono così ad essere fotografate tanto all'esterno quanto all'interno, ma sempre in modo tale da farle apparire come luoghi di terapia ospitali e moderni, curati negli arredi e all'avanguardia sul piano scientifico. I soggetti raffigurati erano grosso modo sempre gli stessi: refettori con enormi tavolate apparecchiate di tutto punto, officine e laboratori artigianali perfettamente funzionanti, dormitori spaziosi e con i letti posti alla giusta distanza l'uno dall'altro, biblioteche fornitissime, giardini e viali alberati. Dietro gli scatti più riusciti c'era poi spesso la mano di un professionista del settore, come nel caso di Giuseppe Fantuzzi, chiamato da Tamburini a documentare la "grandezza" del San Lazzaro in occasione dell'esposizione universale di Parigi del 1900 e di quella tenutasi a Bruxelles dieci anni più tardi.

Fin dalle sue primissime applicazioni in campo psichiatrico la fotografia era stata insomma al servizio del potere medico. Solo l'uscita di *Morire di classe*[33], curato nel 1969 da Franco e Franca Basaglia per la celebre serie politica di Einaudi, segnava una decisa inversione di rotta: nelle immagini, realizzate da Carla Cerati e Gianni Berengo Gardin nei manicomi di Parma, Firenze, Gorizia e Trieste, era adesso lo sfondo a giocare un ruolo determinante. Certo, in primo piano comparivano pur sempre i ricoverati, ma ciò che l'obiettivo intendeva ora catturare erano la degradazione e la violenza dell'internamento, erano i danni irreversibili causati sugli esseri umani dall'istituzione totale. «Si immagini ora un uomo, a cui, insieme con le persone amate, vengano tolti la sua casa, le sue abitudini, i suoi abiti, tutto infine, letteralmente tutto quanto possiede: sarà un uomo vuoto, ridotto a sofferenza e bisogno, dimentico di dignità e discernimento, poiché accade facilmente a chi ha perso tutto, di perdere sé stesso». Così recitava una frase di Primo Levi, tratta da *Se questo è un uomo* e posta, assieme ad altre citazioni da Brecht, Foucault e Goffman, a margine di alcuni tra gli scatti pubblicati nel libro, quasi a volerne chiarire meglio il significato, suggerendo un'interpretazione che non poteva non assumere immediatamente i connotati di una clamorosa denuncia. E un'ulteriore tragica testimonianza sulle condizioni di vita all'interno degli ospedali psichiatrici italiani scaturì, in quello stesso periodo, dal toccante fotoreportage del giornalista Luciano D'Alessandro sul manicomio di Nocera Superiore, pubblicato in anteprima dalla rivista Popular Photography nel 1967 e poi confluito anch'esso in un volume del 1969 intitolato *Gli esclusi*[34]. Eppure, non si comprende fino in fondo l'importanza dell'immagine

[33] F. Ongaro Basaglia, F. Basaglia (a cura di), *Morire di classe*, Einaudi, Torino 1969.

[34] L. D'Alessandro, *Gli Esclusi, fotoreportage da un'istituzione totale*, Il diaframma, Milano 1969. Le immagini sono visibili anche sul sito internet www.lucianodalessandro.com.

come mezzo di sensibilizzazione collettiva, soprattutto in quella fase di improvvisa rottura, se non si allarga lo sguardo oltre i tradizionali circuiti dell'editoria commerciale. Come non ricordare infatti le mostre fotografiche – allestite entrambe dall'Associazione per la lotta contro le malattie mentali – che con la loro dirompente forza comunicativa aprirono la strada alla contestazione anti-manicomiale degli studenti di Torino e di Parma? E come non accennare alla ben più capillare diffusione garantita poi ad alcune di quelle foto semi-clandestine dalla stampa quotidiana? Tutto questo per dire, in sostanza, che la crisi della psichiatria asilare si sarebbe forse manifestata con tempi e modi diversi se a stimolarla non avesse contribuito anche una vasta produzione culturale di natura eminentemente visiva e quindi capace di far presa, per la sua intrinseca immediatezza, sulle corde più intime e nascoste dell'opinione pubblica. Una produzione che peraltro già dalla fine degli anni Sessanta si era cimentata con altre tecniche e modalità espressive. Penso ad esempio a *1904 n. 36*, il cortometraggio di Riccardo Napolitano sulla legislazione psichiatrica in Italia, girato nel 1967, o all'inchiesta televisiva condotta da Sergio Zavoli nell'ospedale di Gorizia, messa in onda il 3 gennaio del 1969 per TV7, l'approfondimento settimanale del TG1 dedicato a temi d'attualità politica e sociale.

In tempi a noi più vicini non sono poi mancati anche tentativi di documentare il modo di vivere dei malati di mente all'interno dei servizi territoriali. Qui non si può non fare riferimento alle immagini di Uliano Lucas sui Centri di salute mentale in Puglia[35] o a quelle realizzate da Dario Coletti nelle strutture psichiatriche dell'ASL Roma B[36]. Immagini che non fissano più il volto statico della sofferenza e della degradazione ma che si sforzano anzi d'immortalare uomini e donne alle prese con la difficile riconquista della propria autonomia e di un'identità personale spesso annientata da anni di permanenza in manicomio.

Un bilancio

Una recente indagine bibliografica sulla storia della psichiatria in Italia[37] ha censito, a far data dal 1991, quasi duemila titoli tra volumi monografici, articoli, spogli di monografie e tesi di laurea e dottorato, una cifra tre volte superiore a quella registrata da Patrizia Guarnieri per il periodo compreso tra il 1864 e il 1990. Inoltre, grazie anche all'apertura di alcuni fondi archivistici di ex manicomi, dalla fine degli anni Novanta la ricerca sulle istituzioni psichiatriche e sulle relative culture mediche sembra aver ripreso slancio, orientandosi su fonti sinora poco impiegate, in primo luogo le cartelle cliniche, e su temi da sempre piut-

[35] U. Lucas, *La storia, le storie: I centri di salute mentale in Puglia*, Petruzzi Editore 1998.

[36] D. Coletti, *180 Basaglia*, Sinnos 1994.

[37] M. Fiorani, *Bibliografia di storia della psichiatria italiana* cit.

tosto trascurati, come ad esempio il ruolo esercitato dalle famiglie dei ricoverati e dai mediatori politici e sociali nei processi di reclusione manicomiale[38]. Il Novecento resta ad ogni modo un secolo dimenticato, in particolare dagli storici di formazione accademica, così come ancora poco indagata è ad oggi la crisi delle logiche e degli istituti segreganti tra gli anni Sessanta e Settanta. Al riguardo il panorama attuale offre tutt'al più alcuni brevi articoli scritti dai diretti protagonisti di quella fase[39] oppure singoli capitoli inseriti in volumi che ripercorrono la storia di questo o quel manicomio[40]. Tra i lavori monografici va senz'altro segnalato *L'albero della cuccagna*[41], un libretto di memorie con cui Edoardo Balduzzi ribadisce l'importanza della politica di settore nel rinnovamento della psichiatria italiana precedente alla riforma del 1978, quasi a voler rispondere ai ricordi di parte anti-istituzionale fissati ne *La scopa meravigliante* da Antonio Slavich. O ancora *Liberi tutti* di Valeria Babini, un viaggio attraverso le idee psichiatriche del ventesimo secolo, basato perlopiù su fonti non archivistiche e che si arresta con l'approvazione della legge 180, senza indagare i problemi aperti dal mutato quadro normativo e rafforzando così l'opinione di senso comune secondo cui il 1978 avrebbe segnato la definitiva dissoluzione dell'apparato manicomiale pubblico[42].

La ricerca sugli anni della crisi psichiatrica e sugli effetti della riforma legislativa del '78 è insomma in gran parte da fare, sempre ammesso che si avverta l'esigenza di nuovi punti di vista, privi di coinvolgimenti personali nella materia e in grado di rivolgersi non solo alle maglie larghe della memoria ma anche alla molta documentazione inedita che gli archivi stanno mettendo via via a disposizione degli studiosi.

[38] Cfr. F. Cassata, M. Moraglio, (a cura di) *Manicomio, società e politica* cit., p. 7.

[39] Si veda ad esempio B. Orsini, *1954-1999: gli ultimi 45 anni dell'istituto psichiatrico di Quarto tra storia e memoria*, in "Vaso di Pandora", vol. XIII, n.4, 2005, pp. 71-88.

[40] Cfr. L. Lugaresi, *Il luogo dei sentimenti negati, l'ospedale psichiatrico di Rovigo (1930-1997)*, Minelliana, Rovigo 1999; Cooperativa Solidarietà, Il *manicomio di Palermo: l'istituzione, il vissuto, la svolta*, Medina, Palermo 1999; M. Marà, *Le idée, i vissuti, i tentativi, le prassi anti-istituzionali nell'ospedale psichiatrico Santa Maria della Pietà dal 1968 al 1981*, in A. Iara, T. Losavio, P. Martelli, *L'ospedale psichiatrico di Roma. Dal manicomio provinciale alla chiusura*, volume III, Dedalo, Bari 2003, pp. 207-214.

[41] E. Balduzzi, *L'albero della cuccagna: gli anni della psichiatria italiana (1964-1978)*, Nicolodi Editore, Trento 2006.

[42] Cfr. M. Fiorani, *Bibliografia di storia della psichiatria italiana* cit., p. 29.

Bibliografia

AA.VV., *Atti del Convegno sulle realizzazioni e prospettive in tema di organizzazione unitaria dei servizi psichiatrici* (Varese, 20-21 marzo 1965), La Tipografica Varese, Varese, 1965.

AA.VV., *Atti del primo Convegno nazionale per i centri di igiene mentale: Torino, 16-17 maggio 1957*, Minerva Medica, Torino, 1960.

AA.VV., *Emilio Pugno*, Lupieri Editore, Torino.

AA.VV., *La riforma psichiatrica del 1978 e il Meridione d'Italia*, Il pensiero scientifico editore, Roma, 1983.

AA.VV., *Il Regio Manicomio di Torino: scienza, prassi e immaginario nell'Ottocento italiano*, Edizioni Gruppo Abele, Torino, 2007.

AA.VV., *Pratiques institutionnelles et théorie des psychoses,* l'Harmattan, Paris, 1995.

AA.VV., *Torino: sindacati e piano della scuola*, Edizioni Stasind, Roma, 1971.

AA.VV., *180 vent'anni dopo*, Edizioni La Redancia, 1998.

Alexander, F., Selesnick, S., *Storia della Psichiatria*, Newton Compton, Roma, 1975 (ed. or. *The History of Psychiatry*, Estate Franz Alexander & Sheldon Selesnick, 1966).

Amministrazione provinciale di Arezzo, *I tetti rossi*, Tipografia Sociale, Arezzo, 1975.

Amoroso, F., (a cura di), *Documenti del primo seminario internazionale di studi su sviluppo e sottosviluppo nelle aree periferiche della comunità economica europea*, STASS, Palermo, 1978.

Associazione per la lotta contro le malattie mentali (a cura di), *La fabbrica della follia: relazione sul manicomio di Torino*, Einaudi, Torino, 1971.

Associazione per la lotta contro le malattie mentali (a cura di), *Una falsa alternativa alla fabbrica della follia*, Litostampa "La Precisa", Torino, 1973.

Baldascini, L., Chiatto, F., *Al di là del manicomio, lotte ed esperienze psichiatriche alternative in Campania e a Napoli*, Idelson, Napoli, 1978.

Balduzzi, E., *L'albero della cuccagna: gli anni della psichiatria italiana (1964-1978)*, Nicolodi Editore, Trento, 2006.

Barale, F., Bertani, M., Gallese, V., Mistura, S., Zamperini, A., (a cura di), *Psiche, Dizionario storico di psicologia, psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze*, vol. I e II, Einaudi, Torino, 2007.

Basaglia, F., (a cura di), *Che cos'è la psichiatria*, Baldini&Castoldi, Milano, 1997 (prima ed. Amministrazione provinciale di Parma, 1967).

– *Conferenze Brasiliane*, a cura di Franca Ongaro Basaglia, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2000.

– *L'utopia della realtà*, a cura di Franca Ongaro Basaglia, Einaudi, Torino, 2005.

– (a cura di), *L'istituzione negata*, Baldini&Castoldi, Milano, 1998 (prima ed. Einaudi, 1968).

– *Scritti*, vol. I, a cura di Franca Ongaro Basaglia, Einaudi, Torino, 1981.

– *Scritti*, vol. II, a cura di Franca Ongaro Basaglia, Einaudi, Torino, 1982.

Benenati, E., *Il mondo sindacale dagli anni Cinquanta alla soglia degli anni Settanta*, in *Storia di Torino, gli anni della Repubblica*, vol. IX, a cura di Nicola Tranfaglia, Einaudi, Torino, 1999.

Bianchini, L. M., Riboli, B., Tornati, A., *Breve storia del manicomio San Benedetto di Pesaro, dalla fondazione alla istituzione del dipartimento di salute mentale*, Comune e Provincia di Pesaro, 1997.

Black, P., (a cura di), *Drugs and the Brain*, Johns Hopkins Press, Baltimore, 1969.

Bonfiglio, G., Tedeschi, G., (a cura di) *L'assistenza psichiatrica: prospettive e nuovi orientamenti*, Il pensiero scientifico editore, Roma, 1975.

Bongiovanni, B., *Il Sessantotto studentesco e operaio*, in *Storia di Torino, gli anni della Repubblica*, vol. IX, a cura di Nicola Tranfaglia, Einaudi, Torino, 1999.

Bordogna, M. T., (a cura di), *I muri cadono adagio, storia dell'ospedale psichiatrico di Parabiago*, Franco Angeli, Milano 1985.

Bourneville, Regnard, P., *Iconographie photographique de la Salpêtrière*, Delahaye & C., 1876-1880.

Braidi, G., Fontanesi, B., *Se il barbone beve: cronache e documenti di un'esperienza psichiatrica a Parma*, Libreria Feltrinelli, Parma, 1975.

Braslow, J., *Mental Ills and Bodily Cures*, University of California Press, Berkeley, 1997.

Calvaruso, C., Frisanco, R., Izzo, S., (a cura di), *Indagine Censis – Ciseff sulla attuazione della riforma psichiatrica e sul destino dei dimessi dagli O.P.*, Edizioni Paoline, Roma, 1982.

Cañedo Cervera, A., Collina, S., *Ero pazzo, scusa, ero pazzo davvero*, Edizioni Gruppo Abele, Torino, 1997.

Canosa, R., *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*, Feltrinelli, Milano, 1979.

Carabelli, P. G., *L'infermiere di manicomio*, Poligrafia italiana, Milano, 1909.

Cassata, F., *Molti, Sani e Forti: l'eugenetica in Italia*, Bollati Boringhieri,

Torino, 2006.
Cassata, F., Moraglio, M., (a cura di), *Manicomio, Società e Politica*, Biblioteca Franco Serantini, Pisa, 2005.
Castagnoli, A., *Le istituzioni locali e le classi dirigenti dal dopoguerra alla metà degli anni Ottanta*, in *Storia di Torino, gli anni della Repubblica*, vol. IX, a cura di Nicola Tranfaglia, Einaudi, Torino, 1999.
Castel, R. *L'ordine psichiatrico: l'epoca d'oro dell'alienismo*, Feltrinelli, Milano, 1980 (ed. or. *L'ordre psychiatrique: l'âge d'or de l'aliénisme*, Les Editions de Minuit, Paris, 1976).
Catarsi, E., (a cura di), *Freinet e la "pedagogia popolare in Italia"*, RCS, Milano, 1999.
Coletti, D., *180 Basaglia*, Sinnos, 1994.
Colucci, M., Di Vittorio, P., *Franco Basaglia*, Bruno Mondadori, Milano, 2001.
Convegno nazionale di psichiatria sociale, *Processo al Manicomio* (Atti del convegno), Leonardo Edizioni Scientifiche, Roma, 1964.
Cooperativa Solidarietà, Il *manicomio di Palermo: l'istituzione, il vissuto, la svolta*, Medina, Palermo, 1999.
Corbellini, G., Jervis, G., *La razionalità negata*, Bollati Boringhieri, Torino, 2008.
D'Alessandro, L., *Gli Esclusi, fotoreportage da un'istituzione totale*, Il diaframma, Milano, 1969.

David, M., *La psicanalisi nella cultura italiana*, Boringhieri, Torino, 1970.
De Bernardi, A., (a cura di), *Follia, Psichiatria e Società*, Franco Angeli, Milano, 1982.
De Bernardi, A., De Peri, F., Panzeri, L., *Tempo e catene, manicomio, psichiatria e classi subalterne: il caso Milanese,* Franco Angeli, Milano, 1980.
De Peri, F., *Il medico e il folle*, in *Storia d'Italia*, *Annali 7, Malattia e Medicina*, Einaudi, Torino, 1984.
De Salvia, D., *Per una psichiatria alternativa*, Feltrinelli, Milano, 1977.
Didi-Huberman, G., *L'Invention de l'hystérie: Charcot et l'iconographie photographique de la Salpêtrière*, Macula, Paris, 1982. Trad. it. R. Panattoni, G. Solla (a cura di), *L'invenzione dell'isteria: Charcot e l'iconografia fotografica della Salpêtrière*, Marietti 1820, Genova Milano, 2008.
Dörner, K., *Il Borghese e il Folle*, Laterza, Roma-Bari, 1975 (ed. or. *Bürger und Irre*, Europäische Verlagsanstalt, Frankfurt, 1969).
Fiorani, M., *Bibliografia di storia della psichiatria italiana*, Firenze University Press, Firenze, 2010.
Foucault, M., *Storia della Follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano, 1999 (ed. or. *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*, Librairie Plon, Paris, 1961).
Fourquet, F., Murard, L., *Histoire de la psychiatrie de secteur*, Recherches, Paris, 1980 (prima ed. 1975).

George, M. C., Tourne, Y., *Le Secteur Psychiatrique*, Presses Universitaires de France, Paris, 1994.

Giannelli, G., Raponi, V., (a cura di), *Libro Bianco sulla Riforma Ospedaliera*, supplemento del *Notiziario dell'Amministrazione Sanitaria*, Dicembre 1965.

Giuricin, G., *I malati del quarto mondo*, Luigi Reverdito Editore, Trento, 1986.

Goffman, E., *Asylums. Le istituzioni totali: la condizione sociale dei malati di mente e di altri internati*, Einaudi, Torino, 1968 (ed. or. *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*, Anchor Books, New York, 1961).

Goldwurm, G., *Psichiatria e riforma sanitaria*, Teti, Milano, 1979.

Guarnieri, P., *La storia della psichiatria in Italia*, Olschki Editore, Firenze, 1991.

Healy, D., *The Creation of Psychopharmacology*, Harvard University Press, London, 2002.

Hollingshead, A. B., Redlich, F. C., *Classi sociali e malattie mentali*, Einaudi, Torino, 1965 (ed. or. *Social class and mental illness*, Wiley, New York, 1958).

Hollister, L., *Chemical Psychoses: LSD and related drugs*, Charles Thomas, Illinois, 1968.

Jervis, G., *Il buon rieducatore*, Feltrinelli, Milano, 1978.

– *Manuale critico di psichiatria*, Feltrinelli, Milano, 1994 (prima ed. Feltrinelli 1975).

Jones, M., *Ideologia e pratica della psichiatria sociale*, Etas Kompass, Milano, 1970 (ed. or. *Social Psychiatry in Practice*, Penguin Books, Harmondsworth, Middlesex, 1968).

Laing, R. D., *L'io diviso*, Einaudi, 2001 (ed. or. *The Divided Self*, Tavistock Publications Limited, London, 1959).

Levra, U., *La scienza e la colpa: crimini, criminali, criminologi, un volto dell'Ottocento*, Electa, Milano, 1985.

Lippi, D., *San Salvi, storia di un manicomio*, Olschki, Firenze, 1996.

Lucas, U., *La storia, le storie: I centri di salute mentale in Puglia*, Petruzzi Editore, 1998.

Lugaresi, L., *Il luogo dei sentimenti negati, l'ospedale psichiatrico di Rovigo (1930-1997)*, Minelliana, Rovigo, 1999.

Lugaro, E., Tanzi, E., *Trattato delle malattie mentali*, Società Editrice Libraria, Milano, 1916.

Manacorda, A., *La nuova psichiatria in Italia*, Feltrinelli economica, Milano, 1977.

Marsigli, M., *La Marchesa e i demoni. Diario da un manicomio*, Feltrinelli, Milano, 1973.

Mecacci, L., *Psicologia e Psicoanalisi nella cultura italiana del Novecento*, Laterza, Roma-Bari, 1998.

Micale, M., Porter, R., *Discovering the History of Psychiatry*, Oxford University Press, Oxford, 1994.
Moraglio, M., *Costruire il Manicomio: storia dell'ospedale psichiatrico di Grugliasco*, Edizioni Unicopli, Milano, 2002.
Musso, S., *Il lungo miracolo economico. Industria, economia e società (1950-1970)*, in *Storia di Torino, gli anni della Repubblica*, vol. IX, a cura di Nicola Tranfaglia, Einaudi, Torino, 1999.
Ongaro Basaglia, F., *Vita e carriera di Mario Tommasini burocrate proprio scomodo narrate da lui medesimo*, Editori Riuniti, Roma, 1991.
Ortoleva, P., *I movimenti del '68 in Europa e in America*, Editori Riuniti, Roma, 1998.
Pantozzi, G., *Storia delle idee e delle leggi psichiatriche*, Erickson, Trento, 1994.
Papuzzi, A., *Portami su quello che canta, processo ad uno psichiatra*, Einaudi, Torino, 1977.
Parmiggiani, S. (a cura di), *Il volto della follia. Cent'anni di immagini del dolore*, Skira, Milano, 2005.
Parrini, A., *Sansalviventanni, dal manicomio alla psichiatria nella riforma*, Amministrazione provinciale di Firenze, 1980.
Perron, R., *Storia della psicanalisi*, Armando Editore, Roma, 1997 (ed. or. *Histoire de la psychanalyse*, Presses Universitaires de France, Paris, 1988).
Roscioni, L., *Il governo della follia: ospedali, medici e pazzi nell'età moderna*, Mondadori, Milano, 2003.
Rosselli, A., *Psichiatria e antipsichiatria nel Sud*, Lerici, Cosenza, 1977.
Shorter, E., *Storia della Psichiatria: dall'ospedale psichiatrico al Prozac*, Masson, Milano, 2000 (ed. or. *A History of Psychiatry: from the era of the Asylum to the age of Prozac*, John Wiley & Sons, 1997).
Slavich, A., *La scopa meravigliante*, Editori Riuniti, Roma, 2003.
Szasz, T., *Il Mito della malattia mentale*, Il Saggiatore, Milano, 1966 (ed. or. *The Myth of Mental Illness*, Harper & Row, New York, 1961).
Tornabene, M., *La guerra dei matti*, Araba Fenice, Boves, 2007.
Vaccarino, G. L., *Scrivere la follia*, EGA Editore, Torino, 2007.
Viale, G., *Il Sessantotto tra rivoluzione e restaurazione*, Mazzotta, Milano, 1978.

Collana del Dipartimento di Studi Storici
dell'Università di Torino

Nella stessa collana sono stati pubblicati in versione cartacea ed ePub:

1. Davide Lasagno, *Oltre l'Istituzione. Crisi e riforma dell'assistenza psichiatrica a Torino e in Italia*
2. Luciano Villani, *Le borgate del fascismo. Storia urbana, politica e sociale della periferia romana*

Il Dipartimento di Studi Storici dell'Università di Torino pubblica nella sua Collana ricerche relative ai seguenti ambiti: la storia, dall'antichità all'età contemporanea; le scienze archeologiche, storico-artistiche, documentarie e geografiche.
I volumi sono disponibili sia in formato cartaceo sia in ePub consultabili sul sito del Dipartimento.

Il volume è stato pubblicato con il sostegno del Dipartimento di Studi Storici dell'Università di Torino.